

**T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ**

**SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞANLARIN İLETİŞİM VE TOPLAM
KALİTE YÖNETİM ALGILARI İLE ŞİDDETE MARUZ KALMA
İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ: BİR ALAN ÇALIŞMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Aynur BOZKURT SAKALLI

Ankara -2017

**T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ**

**SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞANLARIN İLETİŞİM VE TOPLAM
KALİTE YÖNETİM ALGILARI İLE ŞİDDETE MARUZ KALMA
İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ: BİR ALAN ÇALIŞMASI**

Yüksek Lisans Tezi

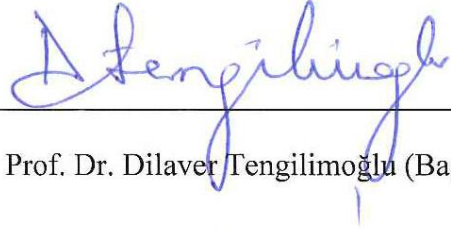
Aynur BOZKURT SAKALLI

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç Dr. M. Gürsan Şenalp**

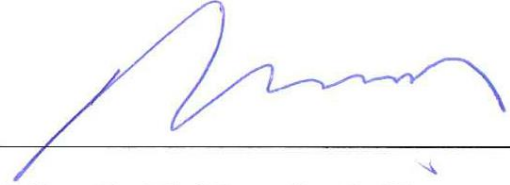
Ankara - 2017

KABUL VE ONAY

AYNUR BOZKURT SAKALLI tarafından hazırlanan “SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞANLARIN İLETİŞİM VE TOPLAM KALİTE YÖNETİM ALGILARI İLE ŞİDDETE MARUZ KALMA İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ: BİR ALAN ÇALIŞMASI” başlıklı bu çalışma, 14.07.2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu (Başkan)



Yrd. Doç. Dr. M. Gürsan Şenalp (Danışman)



Doç. Dr. Oğuz Işık (Üye)

ETİK BEYAN

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasını;

- Akademik ve etik kurallar çerçevesinde hazırladığımı,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

28.06.2017

Aynur BOZKURT SAKALLI



ÖZ

BOZKURT SAKALLI, Aynur. Sağlık Kurumlarında Çalışanların İletişim ve Toplam Kalite Yönetim Algıları ile Şiddete Maruz Kalma İlişkisinin Belirlenmesi: “Bir Alan Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017

Bu çalışmanın amacı sağlık kurumlarında çalışanların iletişim ve toplam kalite yönetim algıları ile şiddete maruz kalma ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yürütülen bir sağlık kurumu araştırılmasıdır. Araştırmada betimsel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini basit tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilmiş 173 sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel bilgilere ilişkin sorular, ikinci bölümde şiddet olaylarına ilişkin sorular, üçüncü bölümde “İletişim Becerileri Envanteri” ve dördüncü bölümde “Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmada veri analizi SPSS 16 paket programında yapılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Ayrıca hipotez testleri için t testi, ANOVA testi ve regresyon analizi yapılmıştır. Araştırma sonucunda sağlık kurumlarında iletişim ve TKY çalışmaları ile şiddete maruz kalma arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler

Sağlık Kurumları, Toplam Kalite Yönetimi, Şiddet, İletişim

ABSTRACT

BOZKURT SAKALLI, Aynur. Determination of Communication and Total Quality Management Perceptions of Employees in Health Institutions and the Exposure to Severity: A Case Study, Masters Thesis, Ankara, 2017.

The purpose of this study is to investigate the health care institutions in order to determine the relationship between communication and total quality management perceptions and exposure to violence in health institutions. Descriptive scanning model was used in the study. The sample of the study consists of 173 health personnel selected by simple random sampling method. Survey form was used as data collection tool in the research. The questionnaire consists of four parts. In the first part, questions about personal information, in the second part questions about violence incidents, in the third section "Communication Skills Inventory" and in the fourth section "Total Quality Management Scale". Data analysis in the study was done in SPSS 16 package program. In the analysis of the data, descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum were used. In addition, t test, ANOVA test and regression analysis were performed for hypothesis tests. As a result of the research, it was determined that there is a relation between communication and TQM studies in health institutions and exposure to violence.

Keywords

Health Institutions, Total Quality Management, Violence, Communication

TEŞEKKÜR

Başta bu fırsata çalıştığım yerde yardımcı olan Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı olmak üzere, nöbetlerimi ayarlamak durumunda olan Servis Sorumlum Vakkas Kara'ya

SPSS Programına anketimi ilk yükleme sırasındaki yardımlarını esirgemeyen Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı Zerrin Kara'ya,

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, iki yıl boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemini asla unutmayacağım saygı değer, yaşım gereği de hep bana karşı bu konuyu bilmediğini ifade edip Benim öz güvenimi kırmadan sabırla bu günlere getiren danışman Hocam Yrd Doc Dr. Mehmet Gürsan Şenalp'a

Anketimi hazırlamakta yardımcı olan Ö.D.H si psikoloğu Tuğçe ARAT'a

Anket hazırlamakta bana yardım ve desteğini esirgemeyen Şükriye Kılınç'a

Beni bu konuda yüreklendirip, hadi anne edasıyla gayret gösteren izne geldiğinde ise, sadece helallik isteyerek onunla geçireceğim zamanı çalışmama ayırdığım, vizyon ve idealini annesi sayesinde gördüğünü düşünen oğlum üniversite 2. sınıf öğrencisi; Ali Kazım Sakallı'ya

Nazlı mı nazlı, kibar mı kibar, çalışkan ve fırsatları iyi değerlendiren teog öğrencisi kızım, İrem Gül Sakallı'ya

Bazen maddi, bazen manevi her türlü desteğini esirgemeyen eşim, Cevdet Sakallı'ya

Bize bu yaşta bu imkanı sunan, Biz'i Siz'lerden eğitim alma şansı ile buluşturan Devletin Yetkili Kurumlarına, Siz Üniversite Yetkililerine,

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iv
TEŞEKKÜRLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMINA GENEL BAKIŞ

1. SAĞLIK KAVRAMINA GENEL BAKIŞ.....	3
1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.2. Sağlık Kuruluşları ve Sağlık Hizmetleri	5
1.3. Sağlık Kuruluşlarının Toplum İçin Önemi	9

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İLETİŞİM VE TOPLAM KALİTE ÜZERİNE ETKİSİ

2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İLETİŞİM VE TOPLAM KALİTE ÜZERİNE ETKİSİ.....	12
2.1. İletişim Kavramı.....	13
2.2. Örgütsel İletişim Kavramı.....	14
2.2.1. Örgütlerde İletişimin Amacı Ve İşlevleri.....	16
2.2.2. Örgütlerde İletişimin Önemi	18
2.2.3. Örgütlerde Bireylerarası Temel İletişim Biçimleri	19
2.2.3.1. Sözsüz iletişim	19
2.2.3.2. Görsel İletişim.....	19
2.2.3.3. İşitsel İletişim	19
2.3. Sağlık Kurumlarında İletişim	20
2.4. Sağlık Kurumlarında İletişiminin Amacı ve Önemi	22
2.5. Sağlık Sektöründe Toplam Kalitenin Artması İle Sağlık Sektörü Çalışanlarının Hasta Odaklı İletişim Algıları	23

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA TOPLAM KALİTE

SAĞLIKTA TOPLAM KALİTE	25
3.1. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite	25
3.1.1. Sağlık Sektöründe Kalite Kavramı.....	25
3.1.2. Sağlık Sektörü ve Toplam Kalite İlişkisi	27
3.1.3. Sağlık Sektörünün Organizasyon Yapısı Ve İşleyişi İçinde Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı	30
3.1.4. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetim Uygulama Modelleri	32
3.2. Sağlık Sektöründe Toplam Kalitenin Artmasının Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri.....	36
3.2.1. Motivasyonun Artması.....	37
3.2.2. İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılığın Artması	37
3.2.3. Hata Oranlarının Minimalize Edilmesi	38
3.3. Sağlık Sektöründe Toplam Kaliteyi Artırmanın Hastalar Üzerindeki Etkileri.....	38
3.3.1. Güven Duygusunun Artması.....	39
3.3.2. Sürekliliğin Sağlanması	39
3.3.3. Hastane Prestijinin Artması.....	40
3.4. Sağlık Kurumlarında Kalite Uygulamaları Çerçevesinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Uygulamaları.....	40

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET OLAYLARININ TOPLAM KALİTE ÜZERİNE OLUMSUZ ETKİSİ

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET OLAYLARININ TOPLAM KALİTE ÜZERİNE OLUMSUZ ETKİSİ	45
4.1. Şiddet Tanımı	45
4.2. Şiddet Sebepleri ve Türleri.....	45
4.2.1. Şiddetin Sebepleri	46
4.2.1.1. Biyolojik Faktörler	46
4.2.1.2. Psikolojik Faktörler	46
4.2.1.3. Sosyolojik Faktörler	47
4.2.2. Şiddet Türleri	47
4.2.2.1. Fiziksel Şiddet.....	47
4.2.2.2. Sözel Şiddet.....	48
4.2.2.3. Psikolojik Şiddet	48

4.2.2.4. Cinsel Şiddet	48
4.2.2.5. Irkçı Taciz	49
4.3. Sağlık Kurumlarında Şiddet	49
4.3.1. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Boyutu	50
4.3.2. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sebepleri.....	51
4.3.3. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Etkileri.....	52
4.3.4. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yönetimi.....	53
4.3.5. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Önlenmesi	53
4.3.6. Konuyla İlgili Yasal Mevzuat	54
4.4. Sağlıkta Şiddette Maruz Kalanların Toplam Kalite Üzerine Etkisi	54

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA BİR ARAŞTIRMA

SAĞLIK KURUMLARINDA BİR ARAŞTIRMA	57
5.1. Araştırmanın Amacı	57
5.2. Araştırmanın Önemi.....	57
5.3. Araştırmanın Hipotezleri	58
5.4. Araştırma Modeli.....	59
5.5. Evren ve Örneklem	60
5.6. Veri Toplama Aracı	61
5.7. Veri Analizi	62
5.8. Çalışmanın Sınırlılıkları	63
5.9. Araştırmanın Bulguları	63
5.9.1. Kişisel Özelliklere İlişkin Bulgular.....	63
5.9.2. İletişim Becerilerine İlişkin Bulgular.....	67
5.9.3. Şiddet Olaylarına İlişkin Bulgular	75
5.9.4. Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Bulgular	77
5.9.5. Sağlık Kurumlarında İletişim, Toplam Kalite Yönetimi ve Şiddet İlişkisi Korelasyon Testi	81
SONUÇ.....	85
KAYNAKÇA	91
EKLER.....	97
Ek-1: Anket Formu	97
ÖZGEÇMİŞ.....	96

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

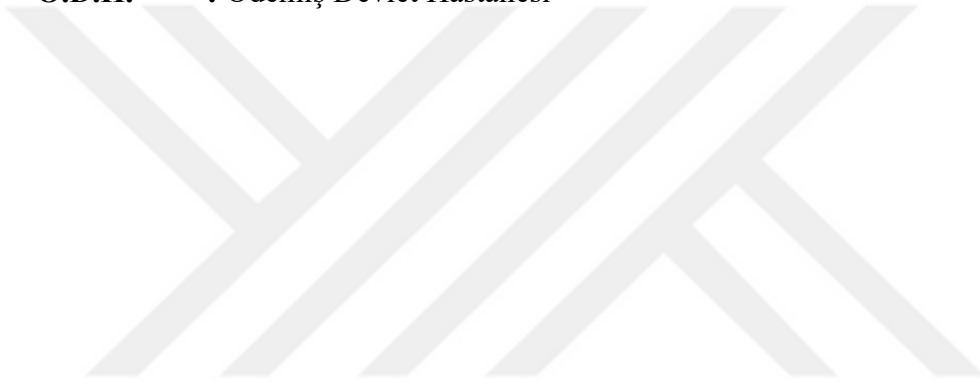
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EFQM : Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı

ILO : Uluslararası Çalışma Örgütü

TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi

Ö.D.H. : Ödemiş Devlet Hastanesi



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.	2013 Yılındaki Bazı Ülkelerdeki Sağlık Çalışanlarına Yönelik Olarak Ortaya Çıkan Şiddet Oranları	51
Tablo 2.	Örneklem Hesabı Tablosu	61
Tablo 3.	Yaşa İlişkin Bulgular	63
Tablo 4.	Cinsiyete İlişkin Bulgular	63
Tablo 5.	Öğrenim Durumuna İlişkin Bulgular	64
Tablo 6.	Medeni Duruma İlişkin Bulgular	64
Tablo 7.	Çocuk Sayısına İlişkin Bulgular	64
Tablo 8.	Çalışma Sürelerine İlişkin Bulgular	65
Tablo 9.	Mesleği Severek Yapma Durumuna İlişkin Bulgular	65
Tablo 10.	Daha Önce Çalışılan Bölgeye İlişkin Bulgular	66
Tablo 11.	Çalışma Şekline İlişkin Bulgular	66
Tablo 12.	İletişim Becerileri Tanımlayıcı İstatistikler	67
Tablo 13.	Öğrenim Durumu ve İletişim Becerileri İlişkisi	69
Tablo 14.	Öğrenim Durumu ve İletişim Becerileri İlişkisi Tukey Testi	70
Tablo 15.	Medeni Durum ve İletişim Becerileri İlişkisi	71
Tablo 16.	Çocuk Sayısı ve İletişim Becerileri İlişkisi	72
Tablo 17.	Çocuk Sayısı ve İletişim Becerileri İlişkisi Tukey Testi	73
Tablo 18.	Hangi Şiddete Hangi Cinsiyet Grubu Tarafından Maruz Kalındığına İlişkin Bulgular	75
Tablo 19.	Şiddete Maruz Kalınan Kişiye İlişkin Bulgular	76
Tablo 20.	Toplam Kalite Yönetimi Tanımlayıcı İstatistikler	77
Tablo 21.	Öğrenim Durumu ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi	78
Tablo 22.	Öğrenim Durumu ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi Tukey Testi	79
Tablo 23.	Sağlık Kurumlarında İletişim, Toplam Kalite Yönetimi ve Şiddet İlişkisi Korelasyon Testi	82

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleriyle Araçlarının Sonuçları	28
Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Etkileyen Etmenler	29
Şekil 3. EFQM Modelinin İşleyişi	36
Şekil 4. Araştırma Modeli	60



GİRİŞ

Sağlık kurumları günümüzde, yoğun rekabet ortamında müşteri beklentilerine cevap vermek adına maliyetleri minimize etmek ve verimliliği arttırmak durumdadırlar. Sağlık kurumları etkili hizmet sunmak amacıyla toplam kalite yönetimi çalışmalarına önem vermek zorundadırlar. Toplum artan sağlık hizmeti beklentisine cevap verebilmek adına sağlık kurumları müşteri odaklı iyileştirme yolunu seçmelidirler. Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi felsefesinin benimsenmesi, hasta ve çalışan memnuniyetini artıracaktır.

Sağlık kurumlarında iletişim çok önemlidir. Sağlık kurumlarında iletişim becerilerinin yüksek olması, sağlık kurumunun etkinliği için oldukça önem arz etmektedir. Bununla beraber sağlık kurumlarında iletişim zayıflığından kaynaklı şiddet olayları sıklıkla yaşanmaktadır. Sağlık kurumların şiddet olayları, çalışanlar arasında veya hasta, hasta yakını ve sağlık personeli arasında gerçekleşebilmektedir. Sağlık kurumlarında şiddet olayları, hem hasta hem de sağlık personeli memnuniyetini düşürmektedir. Toplam kalite yönetimi çalışmalarını gerçekleştiren sağlık kurumlarında memnuniyetin odak nokta olarak alınması sebebiyle iletişim boyutları ve şiddet olayları önem kazanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı sağlık kurumlarında çalışanların iletişim ve toplam kalite yönetim algıları ile şiddete maruz kalma ilişkisinin belirlenmesi olup bir alan çalışmasıdır. Bu amaç doğrultusunda çalışma beş bölümden oluşmaktadır.

Araştırmanın birinci bölümünde sağlık kavramına ilişkin genel bir inceleme yapılmıştır. Sağlık kavramı tanımı yapılmış ve sağlık kuruluşları ve sağlık hizmetlerine yer verilmiştir. Ayrıca sağlık kuruluşlarının toplum için önemi incelenmiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünde sağlık sektöründe iletişim ve toplam kalite yönetimi üzerine etkileri detaylarıyla beraber incelenmiştir. Öncelikle iletişim ve sağlıkta iletişim kavramları incelenmiş sonrasında ise sağlık sektöründe toplam kalitenin artırılmasında iletişimin önemi araştırılmıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi incelenmiştir. Sağlık kurumlarında toplam kaliteyi arttırmanın sağlık çalışanları ve hastalar üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Araştırmanın dördüncü bölümünde sağlık sektöründe şiddet ve toplam kalite yönetimi üzerine etkileri incelenmiştir. Öncelikle şiddet kavramı, şiddet sebepleri ve şiddet türleri araştırılmıştır. Sağlık kurumların şiddet kavramı incelenerek şiddetin toplam kalite yönetimi üzerine etkileri araştırılmıştır.

Araştırmanın son bölümü olan beşinci bölümde; SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞANLARIN İLETİŞİM VE TOPLAM KALİTE YÖNETİM ALGILARI İLE ŞİDDETE MARUZ KALMA İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ için bir kamu hastanesinde araştırılmış ve bu çalışmanın amacı ve önemi üzerinde durulmuştur. Araştırmanın yöntemi ve elde edilen bulgulara bu bölümde yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMINA GENEL BAKIŞ

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık yapısal açıdan insan yaşamında her zaman en önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun temelinde insanın hayatta kalma arzusu bulunmakla birlikte hayatta kalmanın yanında sağlam bir şekilde hayatını sürdürme arzusu da bulunmaktadır.

Sağlık kavramı genel olarak ifade edildiğinde; negatif biçimde bir hastalığa sahip olmama hali, fonksiyonel açıdan hayattaki günlük işleri ve aktiviteleri yerine getirebilme, pozitif açıdan ise iyi halde ve sağlık olma durumu şeklinde açıklanabilecektir (Cirhinlioğlu, 2012: 22).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını, sadece sakatlık ile hastalık sahibi olmama durumu değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve fiziksel durumdan tam bir iyilik hali içinde olma şeklinde ifade etmiştir (Akın, 2007: 5). Bu tanım sağlığı yalnızca fiziksel açıdan almayarak daha kapsamlı bir hale getirmiştir.

İnsanların ve dolayısıyla toplumun sağlıklı olup olmadığını o topluluk kapsamında kullanılan sağlık politikaları etkilemektedir. Ayrıca genetik, yaşam tarzı, sağlık hizmetleri ve çevresel faktörler de kişilerin sağlıkları üzerinden doğrudan etkili olmaktadır (Kaya, 2007: 48). Bunun nedeni ise bireylerin fiziksel ve psikolojik yönde sağlıklı olmaları, kişinin ve toplumun sahip olduğu ekonomik ve sosyal etkenlerle doğrudan ilişkili olmasıdır. Çoğu hastalığın temelinde çevresel şartlardaki sorunlar, mali yetersizlikler, eğitim azlığı sebebiyle sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama, yeterli beslenememe gibi problemler yer almaktadır. Ayrıca bireylerin hatalı sosyal davranışları da sağlık sorunlarının doğması neden olabilmektedir (Öztek, 2004: 55).

Sağlık kavramı toplumdaki bireyden topluma, bireyden bireye değişim göstermesi nedeni ile sağlıkla ilgili problemlerin çözümünde uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve evrensel bir tanıma gerek vardır. Bu doğrultuda 1947 yılında DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) sağlığı şöyle tanımlamıştır. Sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, ruhen, bedenen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir. Dünya ülkelerinde bu kavram kabul edilir. Sağlık; sadece bireyin vücudunda hastalık ya da herhangi bir sakatlığın olmayışı değil, kişinin bedenen ve ruhen de tam bir iyilik haline sahip olması ve bu iyilik halinin sürekliliğinin sağlanmasıdır. DSÖ'ye göre sağlığın 3 temel özelliği bulunmaktadır. Bunlar;

- Bedensel iyilik: vücudumuzu oluşturan organlar da herhangi bir işlev bozukluğunun olmayışıdır. Bedensel olarak yapmamız gereken işlevleri gerçekleştirmemizdir.
- Ruhsal İyilik: Bireyin içinde bulunduğu topluma uygun hareket etmesi ve kendinden beklenen beklentilere cevap vermesidir. Yaşamda karşılaşılan güçlüklerle mücadele etmesi ve diğer insanlarla olumlu ilişkiye girmesidir. Koşullara ayak uyduran ve yeni koşullara ayak uydurabilmesidir.
- Sosyal iyilik: Ruhsal iyilik ile benzerlik göstermektedir. İnsanlar ile olumlu ilişki kurabilen ve nerede nasıl davranması gerektiğini bilen çevresiyle barışık olma halidir.

DSÖ'nün tanımına kadarki sağlık tanımları, hep sakatlık ve hastalık gibi negatif göstergelerin olmayışı olarak tanımlanmıştır. Yani olumsuz bir göstergenin olmayışı pozitif bir olgunun göstergesi olarak gösterilmiştir. Sağlık tanımlarında bu ölçütlere uzun süre bağlı kalmanın iki tane ana nedeni bulunmaktadır.

- Ölüm ve hastalık gibi negatif göstergelerin ölçülmesindeki kesinlik ve kolaylık,
- Sağlığı pozitif yönde tanımlayabilecek, ölçülebilir nitelikteki pozitif göstergelerin bir türlü saptanamaması olmasından.

Ölüm ve hastalık ne kadar bir sağlık göstergesi olsalar da ancak sonuca ilişkindirler. O noktaya gelene kadar yaşananların belirlenmesi ve bunlar üzerinden sağlık tanımı yapılması, özellikle sağlığın geliştirilmesine yapılan vurgunun artmasıyla birlikte öne çıkan gereksinimler olmuştur.

Günümüzde de sağlık kavramı ile ilgili kesin ve net bir tanım bulunmamakla birlikte, geniş bir alanı oluşturmaktadır. Sağlık kavramı bireylerin sadece fiziksel anlamda iyi olma durumları değil, kişilerin ruhsal ve sosyal yönden de iyi olma durumlarını kapsamaktadır. Sağlık kavramı genel olarak sıhhat, iyilik durumu olarak tanımlanır. Bu iyilik durumu fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda da iyi olma durumudur. Bütün bu durumlar birbiriyle ilişkili ve birbirini tetiklemektedir. Sağlık kuruluşlarının temel amacı; bireylerin var olan sağlıklarını korumak ve hastalık durumuna engel olmaktır. Günümüzde sağlık alanı ile ilgili birçok gelişme yaşanmaktadır. Gelişen teknoloji ve diğer gelişmeler ile birlikte insan sağlığını tehdit eden unsurlar da çoğalmıştır. Bu tehdit edici durumlara karşın sağlık sektörü kendini sürekli yenilemekte ve geliştirmektedir. Hasta olan kişilerin hastalıklarından kurtulmaları ve eski sağlıklı günlerine kavuşabilmeleri için tedavi sürecini başlatmaktadır.

1.2. Sağlık Kuruluşları ve Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri yapısal açıdan üç kategori altında ele alınmaktadır. Söz konusu kategoriler aşağıdaki biçimde ifade edilebilir (Vaizoglu, 2005: 25):

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Şuan var olmayan ancak ilerleyen zamanlarda ortaya çıkabilecek sakatlık ile hastalık gibi durumların önlenmesi ile bu durumlarla alakalı farkındalığın artırılması adına yapılan hizmetleri kapsamaktadır. Burada hastalıkların erken teşhis ve tedavisi önemlidir. Bu hizmetler kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Bunlar:

- Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Kişilerin sağlık durumlarının bozulması halinde kişilerin daha iyi hale döndürülmesi ve iyileştirilmesi amacıyla verilen hizmetlere denilmektedir. Bu hizmetler kendi içinde üç kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar:

- Birinci basamak tedavi hizmetleri: Ayakta veya evde tanı ile tedavinin gerçekleştirildiği hizmetlerdir.
- İkinci basamak tedavi hizmetleri: Yatırılarak tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetlerde ileri teknoloji tıbbi ürünler kullanılmamaktadır.
- Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Bu hizmetler eğitim hastaneleri tarafından verilen hizmetleri kapsamaktadır. Bu tür hizmetlerde ileri teknoloji ve yoğun tıbbi bilgi kullanımı söz konusu olmaktadır.

3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri: Kaza ile psikolojik sorunların neticesinde organların verimli biçimde kullanılmasına mani olan kısıtlılık hallerinin azaltılması ya da ortadan kaldırılması amacıyla verilen hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hizmetler iki kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar:

- Tıbbi rehabilitasyon,
- Sosyal rehabilitasyon.

Sağlık hizmetleri veren kuruluşlar farklı kriterlere göre sınıflandırılmaktadır. Söz konusu kriterler aşağıdaki gibi ifade edilebilir (Kavuncubaşı, 2000: 78):

- Mülkiyetlerine göre sağlık kuruluşları: Özel, kamu ve devlet hastaneleri gibi ayrılmaktadır.
- Eğitim statülerine göre sağlık kuruluşları: eğitim amaçlı olmayan hastaneler ile eğitim hastaneleri.
- Hizmet çeşidine göre sağlık kuruluşları: Özel dal hastaneleri ile, genel dal hastaneleridir.

- Büyüklüklerine göre sağlık kuruluşları: 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve daha fazla kapasiteli yataklı hastaneler.
- Hastaların kuruluştaki yatış sürelerine göre: Kronik bakım ile akut bakım hastaneleri.
- Dikey bütünleşme basamağına göre sağlık kuruluşları: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak hastaneleridir.

Sağlık hizmetleri veren kurumların başında hastaneler gelmektedir. Hastaneler genel olarak kendi aralarında kamu ve özel hastaneler olarak iki kategoride ele alınmaktadır.

Kamu Hastaneleri

Kamu hastaneleri de kendi içlerinde iki sınıf altında ele alınmaktadır. Bunlar:

- Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler: Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı Hastaneleri devlete doğrudan bağlı hastanelerdir.
- Devlete Dolaylı Olarak Bağlı Hastaneler: Bir mahalli idare ya da genel müdürlük üstünden devlete bağlı hastanelerdir. Belediyelere bağlı hastaneler ile devlet demir yollarına bağlı hastaneler bu hastaneler örnek olarak gösterilebilecektir.

Kamu hastanelerin topluma sağladığı bazı yararlar söz konusudur. Ayrıca söz konusu yararlarla birlikte kamu hastaneleri diğer işletmelerden bazı özellikleriyle ayrılmaktadırlar. Bu özelliklerin aşağıdaki gibi sıralanması mümkündür (Akgün, 2007: 68-69):

1. Hastanelerin yedi gün yirmi dört saat hizmet sunmalarının gerekmesi hizmetlerin her zaman aynı standartlarda verilmesini gerektirmektedir.

2. Yirmi dört saat hizmet verme zorunluluğunun bulunması hastanelerde diğer işletmelerden farklı olarak daha yüksek kapasitede çalışan görevlendirilmesine neden olmaktadır.
3. Hastane hizmetleri yaşamsal nitelik taşımaktadır. Bu bakımdan bu hizmetlerde vazgeçilmesi veya bunlarla alakalı pazarlık yapılabilmesi mümkün değildir. Hastaların bu hizmetlerden yararlanmaması durumunda hayati tehlike ortaya çıkacaktır.
4. Hastanelere olan talep düzensiz özellik göstermektedir. Ayrıca farklı zorunlu mallara olan talep gibi süreklilik özelliği de göstermemektedir. Kişilerin ne seviyede ve ne zaman hastalanacaklarını belirlemek pek mümkün değildir. Bu durum sağlık hizmetlerinin planlanmasını güçleştirmektedir.
5. Hastanelerde gereksinimi duyulan ünitelerin oluşturulması büyük yatırımlarla birlikte uzun süreleri gerektirmektedir.
6. Kar amacı güden ve kar amacı gütmeyen hastaneler serbest piyasa koşulları içerisinde hizmet vermektedirler.
7. Sağlık hizmetlerin kişilere sağladığı faydalar ülke ekonomisi üzerinde de katkı sağlamaktadır.
8. Sağlık hizmetleri sermaye ve insan gücü yoğun hizmetlerdir.
9. Hastanelerde özel uzmanlık ile farklı eğitimlere gereksinim duyan çalışanlar hizmet vermektedir. Bu durumdan dolayı çalışan maliyeti oldukça fazla olmaktadır.
10. Diğer işletmelere nazaran hastanelerde kullanılan araç ve gereçlerin ekonomik ömrü daha az olmaktadır. Bunda tıbbi teknolojinin hızlı gelişmesi de etkilidir.

11. Hastalar yararlanacakları sağlık hizmetlerinin çeşitliliğini ve kalitesini belirleyememektedir. Hastanın sağlık hizmetinden yararlanabilmesi hekiminin denetimindedir.

Özel Hastaneler

Özel hastaneler hizmete Hususi Hastaneler Kanunu'na göre sokulmuştur. Bu açıdan bu hastaneler yabancılar, özel kişiler ve azınlıklar tarafından kurulabilmektedir. Özel hastaneler finansmanlarını kendileri temin etmek durumundadırlar.

Özel hastaneler, hizmet ünitelerine, faaliyet kollarına, teknolojik kapasitelerine, hizmet verilen dal sayısına ve niteliğine ve yatak kapasitelerine göre iki dala ayrılmaktadır. Bunlar (Özel Hastaneler Yönetmeliği, m. 5):

- Genel hastaneler,
- Özel dal hastaneleridir.

1.3. Sağlık Kuruluşlarının Toplum İçin Önemi

Sağlık kuruluşlarının hastalara verdikleri hizmet, hastaların iyileşmeleri neticesinde topluma sağladıkları katkı değer açısından önem arz etmektedir. Her insanın ülke ekonomisine verdiği katkı oldukça önemlidir. Ayrıca sağlık kuruluşları yalnızca tedavi edici sağlık hizmetleriyle değil aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte de topluma katkı sağlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık harcamalarının azaltılması açısından yarar sağlamaktadır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte ihtiyaç sahiplerine erişilebilmesi kolaylaşmaktadır. Bunun nedeni koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde hizmet verilmesi gereken hasta sayısının azalmasıdır (Akgün, 2007: 70).

1978 tarihinde Alma Ata Bildirgesine göre Temel Sağlık Hizmetlerinde sorumluluk devletin görevi'dir şeklinde bir yorum çıkmıştır.

1981 tarihinde Lizbon Bildirgesinde hizmet alımı sırasında hasta hakları konusu ele alınmıştır.

1986 yılında DSÖ tarafından, 1. Ulusal Sağlık Teşviki ve Gelişimi 'ne rehber olarak;

1986 'da Kanada'nın Ottawa kentinde konferans yapılmış, ardından 1988 de Adilei'de Sağlık Halk politikası stratejileri belirlenmiştir. 1991 Suldwall'da;

1994 Amsterdam'da hasta haklarının sınırları belirlenmiş, kişilik hak ve özgürlüklerine doğru ilerlemiş ve yine 1994' te sağlığa yönelik eleştirel kısımların Avrupa nezdinde değişim gerekliliği kanaatine varılmıştır.

1995 Bali Bildirgesi; Amsterdam bildirgesine ek olarak, dini inançlarına göre sağlık eğitimi ve hizmeti alma hakkı ile ilgili düzenleme yapılmıştır.

1996' tarihinde ise Ljubljana Bildirgesi Güney Avrupa'daki sağlık hizmeti alamayan nüfusun sağlık hizmeti almasına yönelik çalışma kararı alınmıştır.

1997 tarihinde Endenozya nın Jakarta şehrinde Jakarta Deklerasyonu; Sağlık teşviki ve geliştirilmesi; önceliklerin belirlenmesine yönelik eylem planı yapılmıştır.

2001 yılında ise; Sağlık alanında hedef ve stratejilerin belirlenmesi, sağlığın finansal kaynaklarının oluşturulmasının gerekliliği savunulmuş ve Kalite üzerinde durulmuştur.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi sözlüğü Avusturalya'daki Sydney Üniversitesinin Halk Sağlığı ve Topluluğu Hekim Bölümü, Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi İşbirliği Merkezin'den Don Nutbeam tarafından D.S.Ö. tarafından hazırlanmıştır. 21-25 temmuz 1997 de jakartada 4. Sağlık Teşviki, Geliştirilmesi ve Sürdürülme Konferansı "Yeni Çağ'da Yeni Oyuncular": Sağlık Teşviki, Geliştirilmesi ve Sürdürülmesini 21. y.y.ın geliştirilmesi için kaynak belge niteliğinde bu sözlüğün ön çalışması hazırlanmıştır. Özellikle Sağlık Teşviki ve

Geliştirilmesi 21.y.y. ın geliştirilmesi hakkında Jakarta Bildirgesin de alınan karara bağlı olarak; Gelişmekte olan ülkelerde özel sektörle çalışacak ilk konferanstır.

21. yüzyılın Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Hakkındaki bu bildirme D.S.Ö. tarafından revize edilmiştir. Alma-Ata Deklarasyonu ile birlikte'de "Herkes için Sağlık" İlkesinin Temelleri Atılmıştır.

Buna göre 2010'da ilan edilen ve Bakanlığın hedeflerini gösteren 2010-2014 stratejik planlamada halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek nihai amacına yönelik; ilk stratejik amaç "Sağlığa yönelik risklerden korumak" bu stratejik amacın altı adet hedefleri bulunmaktadır. Bireyin sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için vatandaşların kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini arttırmak ve sağlıklarını etkileyecek konularda karar süreçlerinde aktif kullanımlarını sağlamak olarak belirtilmiştir.

Sağlık düzeyinin karşılanması, toplumun temel ihtiyaçları arasında yer almaktadır. Temel ihtiyaçların karşılandığı toplum her zaman mükemmel arayışı içinde olan bireylerden oluşur. Bu bağlamda sağlık sektörü kurum ve kuruluşları her aşamada önce toplumun sağlığını teşvik etmek, geliştirmek, tedavi etmek, rehabilite etmek, topluma kazandırmak ... gibi farklı ihtiyaçların karşılanması amacıyla hizmet sunan kuruluşlardır. Sağlık kuruluşları hastalara bireysel hizmet sunan kurumlar olsa da yapısal açıdan kurum yararına çalışan kurumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Hatta bu kurumların özel hayatın turizmle birleştirilmesiyle sağlıkta turizmin temelleri atılmış bulunmaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetleri hem kişisel yararı hem de toplumsal yararı artırmaktadır.

Anlatılanlardan hareketle sağlık kuruluşları toplumu şekillendiren ve toplumun gelişimini sağlayan insan yani beşeri sermayeye katkı sağlamalarından dolayı toplumun devamlılığının sağlanması açısından oldukça önemli kuruluşlardır.



İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İLETİŞİM VE TOPLAM KALİTE ÜZERİNE ETKİSİ

2.1. İletişim Kavramı

İletişim kavramıyla literatürde farklı tanımlamalar yer almaktadır. İletişim kelimesi Latince'deki "communis" kelimesinden türemiştir. İngilizce 'de ise "communication" kelimesiyle anılan bu kavram anlamsal açıdan ortaklık, beraberlik ve toplumsallaşma manalarına gelmektedir (Gürgen, 1997: 9).

Tanımlamalardan birinde iletişim kavramı karşılıklı olarak, konuşma, dinleme, anlama, iletişim kurma, birbirlerini etkileme gibi unsurlar kapsamında ele alınmıştır. Bu açıklama doğrultusunda iletişim kavramı, herhangi bir fikrin, bilginin ya da tutumun farklı yöntemlerle birlikte diğer kişiler aktarılması şeklinde ifade edilebilir (Seçim ve Coşkun, 1996: 6).

İletişim kavramı genel bir ifade olup bünyesinde birden çok kişiyi ve unsuru bulundurmaktadır. Bu açıdan iletişim kelimesi bir çalışmada 4560 farklı kullanımı gösterilmiştir. Ayrıca çalışmada iletişim kelimesinin 15 farklı anlamı ortaya konmuştur (Bolat, 1999: 2).

Bireylerin birbirlerini anlayabilmesi adına yaptıkları karşılıklı paylaşımlar iletişim olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bakımdan paylaşımlar içerisinde duygu, düşünce, fikir bulunabilmektedir. İletişimin unsurları ise, kaynak, mesaj, kanal, alıcı, dönüttür. Etkili bir iletişim için bu unsurların varlığı son derece önemlidir. Kaynak, mesajı gönderen ve iletişimde ilk adımı atan, bilgisi aktaran asıl kişidir. Mesaj ise, kaynağın iletmek istediği şeydir. Alıcıya aktarılma istenen ve amaca yönelik olarak hazırlanmış olan içeriktir. Alıcı ise göndericiden gelen mesajı alan ve asıl hedef olan kişidir. Kanal ise, göndericiden gelen mesajın alıcıya aktarılma yoludur. Dönüt ise, alıcının, göndericiden gelen mesajlara vermiş olduğu tepkisidir (Seçim ve Coşkun, 1996: 7).

Göndericinin sahip olduğu bilgi, duygu ve hissi alıcıya etkin bir biçimde aktarması iletişim olarak nitelendirilmektedir. Detaylı biçimde iletişim, duygu, tutum, bilgi, davranış ve fikirlerin kişi, kurum ya da topluluk tarafından diğer taraflara makul sinyaller kapsamında iletilmesi şeklinde ifade edilebilecektir (Tengilimoğlu ve Öztürk, 2004: 55).

Amaçları ile faydaları açısından iletişim, kişisel etkileşime dayalı olmasından dolayı bireyler arasında mesaj iletimi kapsamında oluşturulan birliktelik biçiminde ifade edilebilecektir (Bülbül, 2000: 2). Dikkat edilirse iletişim tanımlamalarında etkileşim kavramı ön plana çıkmaktadır. Bunun nedeni ise iletişim sürecinde amaç kişinin duygu, fikir veya bilgisiyle karşı tarafta bir etki bırakmak istemesidir (Budak ve Budak, 1995: 55). Bu açıdan iletişim sırasında ortaya çıkan vurgulamalar, mimikler, ses tonundaki değişimler kişinin alıcıyı etkilemekte kullandıkları yardımcı öğelerdir (Göral, 2007: 158).

2.2. Örgütsel İletişim Kavramı

Kişilerin diğer insanlarla olan ilişkileri ve iletişimleri toplumsal yapının oluşumunu temin etmektedir. İletişim sürecinin temini ise karşılıklı etkileşime bağlıdır. Bu bakımdan tek taraflı iletişimin sağlanabilmesi mümkün değildir. Bireylerin ve toplulukların ilerleme kaydedebilmesi için kişilerin birbirleriyle bütünleşmesi gerekmektedir. Bütünleşebilmenin ise en önemli unsuru iletişim kurmaktır. Bu bakımdan bir topluluk haline gelmiş örgütlerin de sorunlarını çözebilmeleri ve devamlılıklarını sağlayabilmeleri için iletişim gerekli olan en temel unsurdur.

Örgütsel iletişim, örgüt devamlılığı açısından oldukça önemlidir. Örgütsel iletişimin sağladığı faydaların şu şekilde sıralanması mümkündür (Bakan ve Büyükbeşe, 2004):

- Çalışma hayatında ortaya çıkan sorunları, çatışmaları ve baskıları en düşük seviyeye getirir.
- İşgörenlerin paylaşım duygusunu en üst düzeye çıkarır.

- Örgütün kararlar almasında ihtiyaç duyduğu bilgiyi bulmasını temin eder.
- Verimlilik ile karlılığı artırır.
- İşbirliğinin kurulması halinde örgütsel faaliyetlerin düzgün biçimde yürütülmesini temin eder.
- Kurumun stratejik planlarını etkin bir biçimde uygulamasına zemin hazırlar.
- Çalışanların kurum yönetiminin almış olduğu kararları anlamalarını sağlayarak bu kararların düzgün uygulanmasını temin eder.
- Hata olasılığını azaltır ve böylelikle maliyetlerin düşmesini sağlar.
- Kurumda değişim sürecini hızlandırır ve ayrıca çalışanların değişime güven duymalarını temin eder.
- İş tatmini, örgütsel bağlılık ile motivasyon gibi öğelerin yükselmesi sağlayarak, çalışanların daha verimli çalışmalarını sağlar. Bu sayede örgüt prestijini artırır.

Bireyler sosyal hayatta bazı toplumsal rolleri yerine getirirler. İş yaşamında da tıpkı sosyal hayatta olduğu gibi çalışanlara bazı örgütsel roller yüklenmek durumundadırlar. Bu roller kapsamında çalışanlar kendi özelliklerini ortaya çıkarmaya çalışmakla beraber, kurumsal hedefleri de yerine getirmek durumundadırlar. Bu açıdan çalışanlar rollerini yerine getirebilmek için durmaksızın iletişim halinde olmalıdırlar. Bu nedenle çalışanlar iş arkadaşlarıyla, yöneticilerle, müşterilerle, hissedarlarla ve diğerleriyle iletişim içerisindedirler (Yavuz, 2008: 68).

Örgütün amaçları doğrultusunda yerine getirilmesi gereken üretim, hizmet ve yönetim süreçleriyle alakalı kurulan iletişime örgütsel iletişim adı verilmektedir. Bu açıdan örgüt amaçlarına erişilebilmesi ve faaliyetlerin en düzgün biçimde sürdürülebilmesinin sağlanması açısından gerekli olan örgütsel iletişim; örgüt ve çevresinde ortaya çıkan bilgi ve olaylarla alakalı etkileşimlerin kurulmasını temin eden sosyal bir süreç olarak açıklanabilecektir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2008).

Örgütsel iletişim kapsamında çalışanlar bazı tutumlar sergilemektedir. Bu tutumların şu şekilde ifade edilebilir (Eren, 2010: 360):

- Yaşanan tecrübelerin diğer çalışanlarla paylaşılması,
- Bir takım hedefler üzerinde uzlaşılması,
- Önceden tespit edilen stratejilerin uygulanması ve bu sürecin denetlenmesi,
- Örgütteki ortak ilgilerin bilincinde olunması,
- Stratejilerin amaçlara ulaşılması açısından kullanılması.

2.2.1. Örgütlerde İletişimin Amacı Ve İşlevleri

İletişim insanları bir araya getiren bir faktör olarak üretim süreçlerinin oluşturulmasına yardım etmektedir. İletişim olmadan üretimin nasıl ve ne biçimde olacağıyla kararlar alınabilmesi mümkün olmamakla beraber bilgi sahibi olabilmekte mümkün olamamaktadır.

Örgütsel iletişim belli bazı hedefleri bulunmaktadır. Bu hedefler şu şekilde ifade edilebilir (Yavuz, 2008: 52):

- Kişiler ve gruplar arası ilişkilerin geliştirilmesi,
- Kurumda bir iletişim ağının oluşturulması,
- Koordinasyon şartlarının etkili hale getirilmesi,
- Kurumda ortaya çıkan gelişmelerle alakalı olarak çalışanların sürekli olarak bilgilendirilmesi

Örgütlerde koordinasyonun sağlanması açısından yararlanılan örgütsel iletişim, örgütün sahip olduğu tüm kaynaklarını örgüt amaçları doğrultusunda kullanılmasını temin ederek örgüt için çok önemli bir görev üstlenmektedir. Ayrıca örgütün iletişim yapısında bazı zayıflıklar bulunmaktaysa, örgütün tamamında sorunlar ortaya çıkacaktır. Bu bakımdan örgütün bir bütün olarak değerlendirilmesi ve iletişim yapılarının güçlendirilmesi önemlidir.

Örgütsel iletişim sahip oldukları bazı niteliklerle birlikte bazı temel işlevlere sahip olmaktadır. Söz konusu temel işlevler şu şekilde ifade edilebilir (Eren, 2010: 361):

- Örgütteki bireyler ve birimleri biraya getirmek ve böylece bunların beraber hareket edebilmelerini sağlamaktadır.
- Örgütsel iletişim kurumsal işleyişin sürdürülmesinde, problemlerin çözülmesinde, yaratıcılığın kullanılmasında önemli bir faktör görevi üstlenmektedir.
- Kurumun çevresindeki kurum ve kişilerle olan ilişkisinin geliştirilmesi sağlamakta ve bilgi alışverişinin etkin bir şekilde yürütülmesini temin etmektedir.
- Örgütsel iletişim örgütsel yönetimin sağlanması açısından önemli unsurlardan bir tanesidir. Örgütsel iletişimin verimli olması sonucunda planlama, uygulama, denetleme, karar alma gibi faaliyetlerin de etkin olarak yürütülmesi mümkün olmaktadır.
- Çalışanların kendi aralarında kurdukları gruplarla birlikte diğerleriyle olan ilişkilerin kurulması kapsamında örgütsel iletişim önemli görev üstlenmektedir.

Örgütsel iletişimin sağladığı faydalardan biri de bilginin iletimini, üretilmesini ve korunmasını sağlamasıdır. Örgütlerin faaliyetlerin her aşamasında bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bakımdan bilgi örgüt birimleri tarafından üretilebilirken, hazır bilgi de örgüt birimleri tarafından kullanılabilir. Bu aşamada örgütsel iletişim bilginin üretilmesi sırasında fikir alışverişinde ya da var olan hazır bilgilerin diğer birimlere iletilmesinde yer almaktadır. Bunun dışında var olan bilgilerin de unutulmamasını temin etmiş olmaktadır. Örgütsel iletişim kapsamında oluşturulan bilginin geniş kapsamı bulunmaktadır. Bu bilgi yapısal açıdan sosyal özellikleri barındırmakla beraber teknik unsurları da kapsamaktadır (Yavuz, 2008: 57).

Örgütsel iletişim kapsamında çalışanlar bazı iletişim becerileri geliştirmektedirler. Bu iletişim becerileri şu şekildedir (Şişman, 2002: 101):

- Bireyler arası düşünce ve fikirlerin örgüt içinde yayılması,
- Çalışanların birbirlerini benimsemeleri ve bir araya gelmeleri,
- Departmanlar arasında eşgüdümün sağlanması,
- Düşünce, fikir ve duyguların net bir biçimde ifade edilmesi,
- Öyküler, değerler aracılığıyla birlikte kurum kültürünün oluşturulması,
- Örgütte sorunlara neden olan dedikodu benzeri sorunların azalması,
- Destekçi, yardımsever ortamın yaratılması ve sağlıklı bir iş şartlarının oluşturulması ve sürdürülmesi

2.2.2. Örgütlerde İletişimin Önemi

Örgütler belli amaçları ve hedefleri başarmak maksadıyla bir araya gelmiş insan toplulukları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu doğrultuda örgüt çalışanların örgütün amaç ve hedeflerini benimseyebilmeleri açısından örgütsel iletişime ihtiyaç vardır. Bununla birlikte örgütlerin işleyişlerinin devamlılığının sağlanması için faaliyetlerin devamlılığı gerekmektedir. Faaliyetlerin devamlılığı ise örgütsel iletişim kapsamında sağlanabilecektir. Bu açıdan örgütsel iletişimin önemi şu unsurlar altında ifade edilebilir (Bakan ve diğ., 2004):

- Örgütteki bireyler arasında kurulan iletişimin kalitesini artırır ve böylelikle çatışmaların ortaya çıkmasına mani olur.
- Örgütsel iletişim yalnızca tek bir örgütün değil, tüm iş dünyasının başarılı olmasına yardımcı olur.
- Örgüt yönetimlerinin yönlendirme fonksiyonları örgütsel iletişim sayesinde işlev kazanır.

Örgütsel iletişim çalışanların kurum amaçları ve hedefleri doğrultusunda yol almalarını sağlamaktadır. Bu olguyu da çalışanlara amaç ve hedefleri açıklayarak sağlamaktadır. Bu bakımdan örgütsel iletişim aynı zamanda çalışanların motivasyonunu artıran bir faktör olmaktadır.

2.2.3. Örgütlerde Bireylerarası Temel İletişim Biçimleri

Temelde iletişim sözel ve sözsüz iletişim olarak ele alınmaktadır. Ancak iletişimde farklı unsurlarda bulunmaktadır. Bu unsurlar şu şekilde ifade edilebilir:

- Sözel iletişim; sözlü iletişim ve yazılı iletişim.
- Sözsüz iletişim, esas jest ve minikler ile ikincil jest ve mimikler
- Görsel iletişim.
- İşitsel iletişim.

Sözel İletişim

Sözel iletişim kapsamında ele alınan bir iletişim türü sözlü iletişimdir. Sözlü iletişim karşılıklı olarak yüz yüze veya telefonda konuşma gibi unsurları kapsamaktadır. Sözlü iletişim aynı zamanda konuşma dili biçiminde de ifade edilmektedir. Sözlü iletişimin sahip olduğu avantajlar şu şekilde ifade edilebilir (Kumcağız ve diğ., 2011: 51):

- Sözlü iletişimde soru sorulabilmesi mümkündür.
- Haber ya da bilginin algılanma düzeyi anlaşılabilirliktedir.
- Verilen yanıtların kontrol edilmesi mümkündür.
- Anlaşılmayan konuların tekrar açıklanması mümkündür.
- Geribildirim eş zamanlı olarak yapılabilmektedir.

Sözlü iletişimde bir diğer iletişim türü yazılı iletişimdir. Bu iletişim kapsamında telefon, mektuplar, raporlar, e-mail mesajları, elektronik yazışmalar gibi unsurlar yer almaktadır (Robbins, 2005: 140).

2.2.3.1. Sözsüz İletişim

Sözsüz iletişimde yazma ve konuşma gibi eylemler yer almaktadır. Bazı durumlarda istekli bazı durumlarda ise isteksiz olarak ortaya çıkan mimik ve jestler bu kapsamda ele alınmaktadır. Sözsüz iletişim öğelerinin şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Yüksel, 2003: 41-43):

- Esas mimik ve jestler: Bunlar kendi içinde üç ayrılmaktadır. Bunlar:
 - Anlatım mimik ve jestleri: Şaşkınlık, üzüntü, mutluluk, öfke gibi evrensel minik ve jestleri ifade etmektedir.
 - Toplumsal mimik ve jestler: Toplumsal roller gereği ortaya çıkan öğelerdir.
 - Şematik mimik ve jestler: Belli bir meslek gereği sergilenmesi gereken minik ve jestleri ifade etmektedir.

2.2.3.2. Görsel İletişim

Görsel unsurların ön planda olduğu iletişimdir. Bu açıdan bu iletişim görsel algılara hitap etmektedir. Bu açıdan farklı iletişim türlerinde görsel özellikler tanıyan iletişim biçimleri de (Yüksel, 2003: 45).

2.2.3.3. İşitsel İletişim

Duyuma organlarının kullanıldığı iletişim türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin sözlü olarak iletişim kurması bu iletişim türü kapsamında ele alınabilmektedir (Yavuz, 2008: 69).

2.3. Sağlık Kurumlarında İletişim

Sağlık kurumlarında farklı birimlerin varlığı birimler arasında farklı iletişim biçimlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bakımdan bu konuyla alakalı olarak tam bir tanımlamanın yapılabilmesi oldukça güçleşmektedir. Sağlık

kurumlarında iletişim hem çalışanların kendi aralarında kurdukları iletişimle hem de hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişimi kapsamaktadır. Bu kapsamda sağlık kurumu kendi içerisinde işleyişini sürdürecektir unsurla alakalı iletişim kurarken, hasta ve hasta yakınlarıyla da sağlık sorunlarının çözümüyle alakalı iletişim kurmaktadır (Ergül, 2013: 171).

Sağlık kurumlarında iletişim farklı boyutlarda ele alınabilen bir konudur. Bu bakımdan bu boyutlardan bazılarını şu şekilde ifade etmemiz mümkündür (Hayran ve Sur, 1997: 341):

- Denetleyici iletişim: genel olarak hemşireler arasında kurulan iletişim türüdür. Astını denetlemek amacıyla yardıma ihtiyacı olan süpervizör yardım almak maksadıyla üstünden yardım istemektedir.
- Üst-ast iletişimi: Sağlık hizmetinin sunumu sırasında üst hizmeti sunarken ast çalışanlarıyla birlikte hizmeti sunmaktadır. Bu iletişim hiyerarşik düzenin kurulmasını sağlamaktadır.
- Tedavi verme iletişimi: Hastaların tedavi edilmesi sırasında sağlık çalışanlarının aralarında kurdukları iletişimdir. Doktorlar hemşirelere yürütülecek işlemler kapsamında talimat verme yetkisine sahip olup dönüt şeklinde tedavi şekli ve boyutları sürdürülerek iletişim sağlanır.
- Denetim iletişimi: sunulan sağlık hizmetinin prosedürlere ve standartlara uygun olup olmadığının araştırılması kapsamında yapılan iletişimi ifade etmektedir.
- Koordinasyon iletişimi: sağlık hizmetleri sağlık çalışanlarının koordineli çalışmasını gerektirmektedir. Çalışanların hizmeti sürdürmek açısından aralarında kurdukları iletişimi açıklamaktadır.

Hastalarla alakalı bilgilerin paylaşılması hastanın özel hayatının teşhir edilmesi anlamına gelmesinden dolayı negatif olarak algılanabilecek bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanın hekimiyle iletişim kurması neticesinde onunla

birtakım bilgiler paylaşması ise hasta bilincini geliştiren ve dolayısıyla iletişimin etkinliğini artıran bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Doktor ile hasta arasında kurulan iletişim kapsamında doktor hastadan edinmiş olduğu bilgilerle teşhis koyabilme şansına sahip olmaktadır. Doktorun hastayla iletişim sorunu yaşaması durumunda hastaya zarar vermiş olmakla birlikte kuruma da zarar vermiş olmaktadır. Bu bakımdan doktor ve hasta arasında kurulacak iletişimde güven ilişkisinin sağlanması son derece önemli olmaktadır (Avcı ve Sönmez, 2013: 123).

Sağlık kurumlarında çalışan personellerin birbirleriyle etkili iletişim kurabilmeleri hasta sağlığı açısından son derece önemlidir. Çalışanlar arasında iletişim anlaşmazlıklarının olması hata olasılığını artırmakta ve bu durum neticesinde hastalar zarar görebilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin işbirliği içerisinde sunulduğu düşünüldüğünde sağlık kurumlarında iletişim daha da önemli hale gelmektedir (Koçak ve Buldullu, 2010: 6).

2.4. Sağlık Kurumlarında İletişiminin Amacı ve Önemi

Sağlık kurumları, hastalara sağlık hizmeti sunulması ve iyileşebilme olasılığı olan hastaların iyileştirilmesi, olmayan hastaların ise yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amaçlarıyla hizmet vermektedir. Bu bakımdan sağlık kurumlarında iletişim öncelikli olarak hastaların tedavi edilmesine odaklanmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının kendi aralarında kurdukları iletişimin büyük bölümü de bu unsura dayanmaktadır. Hastaların tedavi sürecine geçmeden önce hastaların bilgilendirilmesi sağlık kurumlarında sürdürülen iletişimin bir diğer önemli yönüdür. Hastalarla iletişim kurulmadan hasta onaylarının alınabilmesi mümkün değildir. Bu bakımdan tedavi sürecine geçilebilmesi açısından da hastayla iletişim kurulması ve hasta onayının alınması gerekmektedir. Hasta onayı da ancak hastayla kurulacak iletişim kapsamında alınabilecektir (Çobaneri, 2013: 212).

2.5. Sağlık Sektöründe Toplam Kalitenin Artması İle Sağlık Sektörü Çalışanlarının Hasta Odaklı İletişim Algıları

Hızla gelişmekte olan teknolojik, ekonomik ve sosyal alanların içerisinde bulunan insanoğlunun bu gelişmelere paralel olarak ihtiyaçlarında da sürekli olarak bir artış ve çeşitlilik göstermektedir. Bu bağlamda ihtiyaçların karşılanıp karşılanmaması değil ne ölçüde karşılandığı sorusunu akla getirir. İhtiyacı karşılama seviyesi ve yeterliliğine göre de kalite olgusu zihinlerde yer almaktadır.

Hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi açısından hasta istek, beklenti ve gereksinimlerine odaklanması gerekmektedir. Bu durum yapısal olarak hastayla doğrudan iletişimi gerektiren bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu neden sunulacak sağlık hizmetlerinde ve diğer hizmetler kapsamında hastaların istek, beklenti ve gereksinimlerinin hasta odaklı iletişim yollarıyla öğrenilmesi önemli olacaktır.

Toplam kalite yönetimi kapsamında yapılan değişikliklerle sağlık hizmetlerin içeriği gelişmekte ve bu durum neticesinde sağlık hizmetleri daha da gelişmektedir. Gelişim kaydeden sağlık hizmetleri ise hasta beklenti, istek ve ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabilmektedir. Bu durum hasta memnuniyetlerine de yansımaktadır (Yaman, 2013: 50).

Hasta memnuniyetinin artması, hastaların sağlık çalışanlarıyla olan ilişkilerine ve iletişimlerine olumlu olarak yansımaktadır. Bu bakımdan toplam kalitenin artmasıyla birlikte hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişki gelişmekte ve bu durum sağlık çalışanların hasta odaklı iletişim algılarına pozitif biçimde yansımış olmaktadır (Kumcağız ve diğ., 2011: 50).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA TOPLAM KALİTE

3.1. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite

Bu bölüm içerisinde sağlık sektöründe toplam kalite kavramı üzerinde durulacaktır. Bu bakımdan ilk başta sağlık sektöründe kalite kavramı ifade edilecek, ardından sağlık sektörüyle toplam kalite ilişkisi incelenecek ve üçüncü olarak sağlık sektörünün organizasyonel işleyişi içerisinde toplam kalite yöntemi anlayışı irdelenecektir. Dördüncü başlıktaysa sağlık sektörün yapısındaki ve işleyişindeki toplam kalite yönetimi uygulamalarına göz atılacaktır.

İç ve dış müşteri beklentilerini temel alındığı her kademedeki personelin beklentilerine cevap bulduğu, bilgilendirilmesinin, yetkilendirilmesinin ve takım ruhu ile bu süreçlerin iyileştirilmesine ve sürekliliğine odaklanan bir yönetim felsefesidir. Sağlık sektöründe toplam kaliteden bahsedebilmemiz için yönetimin de toplam kalite ile ilgili hedeflerinden bahsediyor olmamız gerekmektedir. Genel hatları ile hedef ve amaçlarını belirlemiş sağlık sektörü, kurum ve kuruluşlar ancak paydaşları ile rekabet etme gücünü kendilerinde bulacaklardır.

3.1.1. Sağlık Sektöründe Kalite Kavramı

Kalite kavramı her sektörde önemli bir kavramken, sağlık sektöründe daha da önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde sağlık sektöründe kaliteyle alakalı olarak pek çok farklı tanımlama bulunmaktadır. Bu tanımlamalardan bazılarının incelenmesi sağlık sektöründe kalite kavramının anlaşılması açısından yarar sağlayacaktır. Bu tanımlamalardan bazıları şu şekildedir (Press, 2002: 88; Kavuncubaşı, 2000: 271; Kaya, 2005: 14-15):

- Sağlık hizmetinin, hizmet kapsamındaki tüm uygulamalardan sağlanacak yararların ve zararların dengesi incelendikten sonra, hastanın iyilik durumunun değerlendirilecek bir biçimde en üst düzeye çıkarılmasıdır.

- Hayat kalitesi ya/ ya da hayat süresini geliştiren ya da devam ettirmeye durmaksızın katkıda bulunan hizmetlerdir.
- Hastalar ile topluma sağlanan sağlık hizmetlerinin, istenilen sağlık sorunlarına erişebilme imkanını fazlaştırma ve günümüzdeki profesyonel tıbbi bilgilerle tutarlı olma seviyesine denilmektedir.
- Sağlık sektöründe kalite doğru teşhisin zamanında gecikmeden konulması anlamına gelmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için değişik paydaş isteklerinin göz önünde bulundurulması ve takip edilmesidir.
- Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık çalışanlarının hastalarla pozitif sosyal ve ruhsal ilişkiler kurması, yatak çarşaflarının sürekli temiz olması, sağlık kurumunda sunulan yemeklerinin hijyenik ve lezzetli olması, hasta odalarında televizyon, koltuk bulunması benzeri unsurları kapsamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde kalite, hastaların hizmetlerle alakalı değerlendirmelerin yalnızca kendi istek ve arzularına bağlı olmadığına, aynı zamanda etraflarındaki bireylerin tercihlerine de bağlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Yukarıdaki tanımlamalar gözden geçirildiğinde sağlık hizmetlerinde kalitenin farklı kapsamlar altında değerlendirildiği fark edilmektedir. Dikkat edilirse ilk tanımlamada sağlık hizmetlerinden sağlanan yararlılardan, zararların çıkarılması sonucunda elde edilen yararların maksimum olmasına özen gösterilmektedir. Bu açıdan kalite burada yarar üzerinden ele alınmaktadır. İkinci tanımlamada ise sağlık hizmetlerinde kalite, yaşam kalitesi üzerinde ifade edilmiş ve yaşam kalitesini artıran eylemler olarak tanımlanmıştır. Üçüncü tanımda sağlık hizmetlerine kolay erişim ile kullanılan tıbbi bilgilerin son güncel bilgilerle tutarlı olması şeklinde yorumlanmıştır. Sonraki tanımda sağlık hizmetlerinde kalitenin doğru tanı ve bu tanının zamanında konulmasıyla sağlanacağı ifade edilmiştir. Diğer tanımda ise kalitenin ancak sağlık hizmetlerindeki paydaşların isteklerine bağlı kalındığında sağlanabileceği söylenmiştir. Altıncı tanımda ise sağlık hizmetlerinde kalitenin, sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında bu hizmetlere eşlik eden ince detayların hastalar üzerinde bıraktığı pozitif etkiyle birlikte temin edilebildiğinden bahsedilmektedir. Son tanımda ise sağlık

hizmetlerindeki kalitenin yalnızca hastalarla alakalı bir kavram olmadığı aynı zamanda hastaların çevrelerindeki insanların istek ve arzularına da bağlı olduğu üzerinde durulmaktadır.

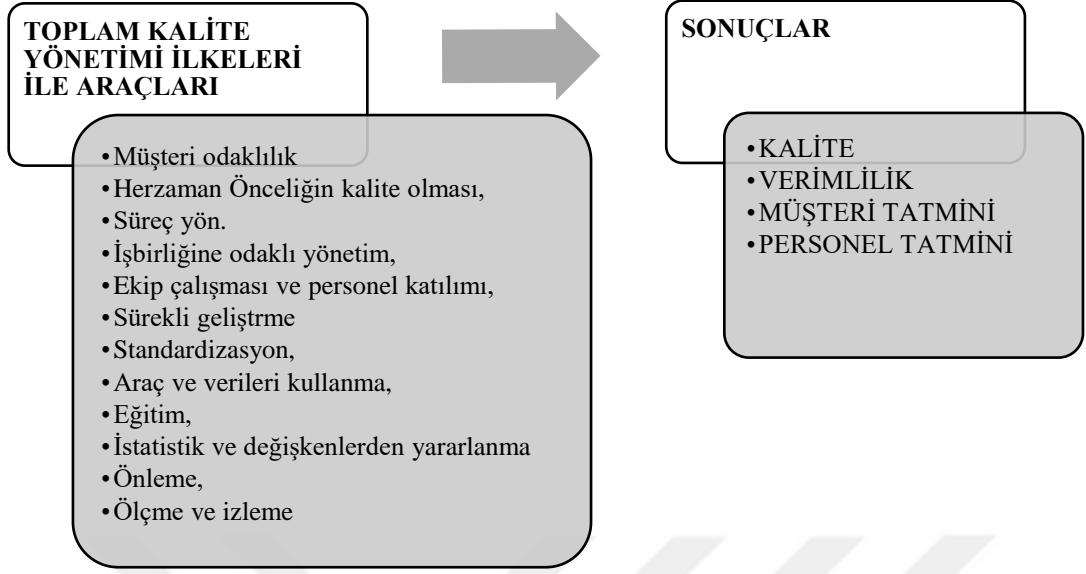
3.1.2. Sağlık Sektörü ve Toplam Kalite İlişkisi

Sağlık sektöründe kaliteyi sağlık hizmetlerin sahip olduğu teknik özellikler ile sağlık hizmetlerinin sunum şekilleri belirlemektedir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinde kalite teknik ve sanatsal yön boyutlarıyla ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinde teknik yönü, tanı ile tedavinin modern tıp bilimine uyan metotlarda yapılmasını, sanatsal yönü ise sunulan hizmetlerde hastaların gereksinimleri ile beklentilerinin karşılanması kapsamaktadır. Hastanın tedavi sürecindeki algısı, kalite unsurunu öne çıkmasından dolayı burada sanatsal yön, algılanan kalite olarak da ifade edilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 42).

Toplam kalite yönetiminin başlı başına bazı ilkeleri bulunmaktadır. Bu ilkelerin şu şekilde sıralanması mümkündür (Kavuncubaşı, 2000: 43):

1. Müşteri Odaklılık,
2. Personellerin katılımı,
3. Süreç yönetimi,
4. Liderin varlığı ile yönetimin kararlı olması,
5. Sürekli iyileştirme,
6. Eğitim.

Şekil 1’de ise Toplam Kalite Yönetiminin ilke ile araçları ve bu araçların ortaya koyduğu sonuçlar gösterilmektedir.



Şekil 1. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleriyle Araçlarının Sonuçları

Kaynak: Kavuncubası, S. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. s. 284.

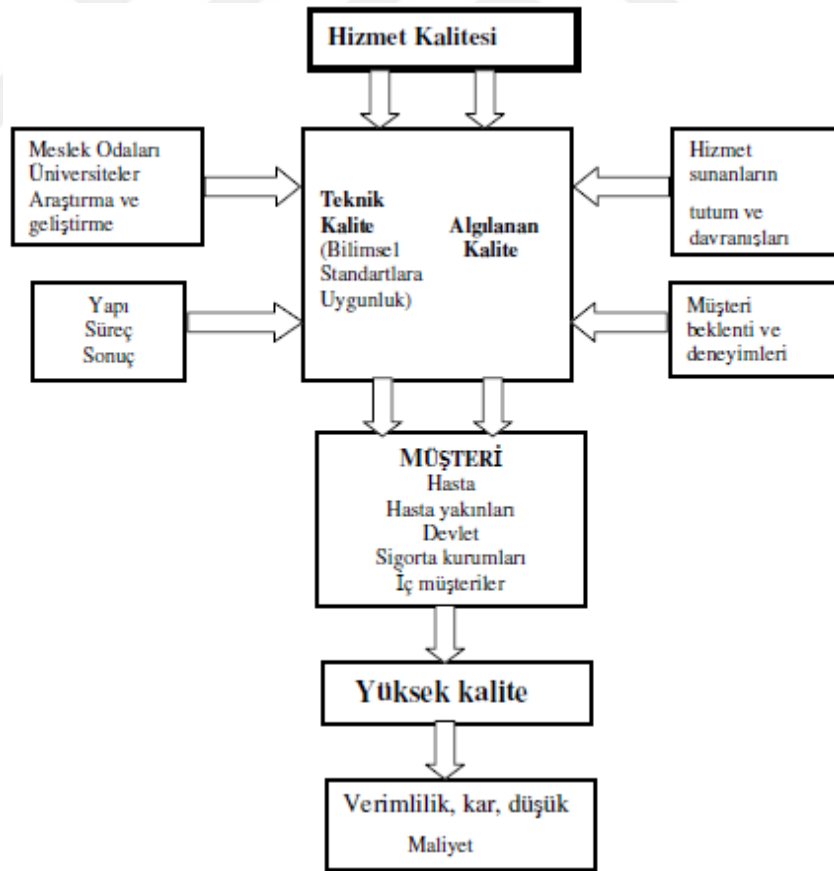
Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinde toplam kalite ilkeleri şu şekilde ifade edilebilir (Keskin ve Keskin, 2005: 10-11):

1. Hasta beklentileriyle uyuşan hedeflerin tespit edilmesi,
2. Tespit edilen hedeflere ilk denemede erişilebilmesi,
3. Hedeflere erişebilme seviyesinin değerlendirilmesi,
4. Tıbbi gelişmelerin takip edilmesinin bir ilke haline getirilmesi,
5. Nitelikli eğitimin önemsenmesi,
6. İletişim ağının etkin bir biçimde oluşturulması,
7. Takım çalışmasına önem verilmesi,
8. Yönetim katında motivasyon sağlanması,
9. Yönetimin demokratik bir yapıya oturtulması.

Hastaların yaşamış oldukları tecrübeler ile beklentileri, hizmet vericilerin davranışları ve tutumları bireysel kalite algısını oluşturmaktadır. Hizmet kalite olgusuna kavramsal hizmet kalitesi modeli geliştiren Parasumara, Zeithaml ve Berry'e

göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında hizmetin performansına yönelik algılarını bir sonucudur. Müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algılarının karşılaştırılması esasına dayanan bu yaklaşıma göre, beklenen hizmet algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin edici olmaktan daha düşük olacaktır. Beklenen hizmetin algılanan hizmete eşit olması durumunda ise algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Parasuraman vd., 1985: 48-49).

Teknik kalite ile algılanan kalite bir araya geldiğinde ise ortaya genel kalite düzeyi çıkmaktadır. Genel kalite düzeyinin yüksek olması sağlık kurumunun karlılığını ve etkinliğini olumlu yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000: 30). Bakımın iyileştirilmesi ve halkın güveninin artırılması adına kalite uygulamaları önem kazanmaktadır. Şekil 2’de sağlık hizmeti kalitesini belirleyen etmenler gösterilmiştir.



Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Etkilen Etmenler

Kaynak: Kavuncubaşı, S. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. s. 271.

İnsan sağlığının her Őeyden önemli olması, kalite kavramının daha da önem kazanmasını sağlamaktadır. Yapısal açıdan da sağlıkta kalite kavramı hassas bir hale gelmektedir. Sağlık sistemi kapsamındaki üç ana özellikle de söz konusu hassaslık ortaya çıkmaktadır.

Bu üç özellik Şunlardır (Keskin ve Keskin, 2005: 12-13):

- Sağlık hizmetlerindeki üretim insan sağlığıyla alakalıdır. Bu açıdan hatalar geri dönüşü olmayan zararlara neden olabilecektir.
- Sağlık hizmeti verenlerle yararlananlar dolaysız etkileşim içerisinde dirler.
- Sağlık kuruluşlarının hatası maliyetine “morbidity” biçiminde aktarılmakta ne negatif öğe görüldükten sonra oluşan maliyet artışından kurtulabilmek mümkün olmamaktadır.

Yukarıda ele alınan temel noktalardan hareketle sağlık sektöründe en kaliteli hizmetin en az maliyetle sunulmasına odaklanıldığıının söylenmesi mümkündür. En az maliyetle hizmet sağlanması daha fazla ihtiyaç sahibi hastaya ulaşılabilmesi açısından önem arz etmektedir.

3.1.3. Sağlık Sektörünün Organizasyon Yapısı Ve İşleyişi İçinde Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı

Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de müşteri memnuniyetinin temin edilmesi çok önemlidir. Ancak sağlık sektöründe kalitenin hayati bir öneminin bulunması bu durumu daha da mühim bir hale getirmektedir. Ayrıca sağlık kurumlarında çalışan memnuniyetinin sağlanması da müşteri memnuniyetinin sağlanması kadar önemlidir. Bu açıdan hasta memnuniyeti sağlamak adına hastaların istek ve beklentileri araştırılabiliyorsa, çalışan memnuniyetini sağlamak adına çalışanların istek ve beklentilerinin araştırılması ve bunların temin edilmesi gerekmektedir. Çalışanların memnun olması iş doyumunu sağlamalarını kolaylaştıracak ve böylece hizmeti daha iyi verebilmelerini kolaylaştıracaktır. Bunun neticesinde de hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi daha kolay olacaktır (Şahin, 2001: 6).

Toplam kalite yönetimi kapsamında sürekli iyileştirme, problemlerin incelenmesinde ve de çözümünde kalite sağlama, hedef belirleme, takım çalışması yapma gibi unsurların tüm sağlık kurumunun işlevlerine dağıtılmasını sağlayacaktır. Ancak burada çalışanların sürekli iyileştirme programlarına katılması gerekmektedir. Bu durum sağlık sektöründe çalışanların süreçlere katılmasını son derece önemli hale getirmektedir (Keskin ve Keskin, 2005: 36).

Toplam kalite yönetimi anlayışının sağlık sektöründe uygulanması için bir liderin varlığı önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bir liderin varlığı yürütülen işlemlerin kolaylaştırılması ve yönlendirilmesi açısından gerekli bir etmendir. Böylece başarılı sağlık hizmetinin verilmesi daha kolay hale gelmektedir. Ayrıca lider varlığıyla etkinlik de artmış olmaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetleri sırasında ortaya çıkan lider tiplerini aşağıdaki gibi sıralandırmamız mümkündür (Seren ve Baykal, 2007: 3):

- Otoriter-otokratik lider: Çalışanların üzerinde otoriter baskıya sahiptir. Çeşitli baskılar ile çalışanların iş görme eğilimlerini arttırmaya çalışmaktadır.
- Katılımcı lider: Çalışanların kararlara katılmalarını sağlar. Ayrıca eyleme dönüştürülen kararlarda katılımcıların fikirlerini alma eğilimindedir.
- Otokritik-bürokratik lider: Çalışanlar ve yönetim arasında bürokrasi mevcuttur. Kurallar çerçevesinde işlerin yürütülmesi amaçlanır.
- Babacan lider: Lider çalışanlarına karşı sevecen yaklaşım sergiler. Çalışanların motivasyonu arttırmak odaklıdır.
- Serbest bırakıcı lider: Çalışanların kendi kararlarını almaları beklenir. Ayrıca kararların eyleme dönüştürülmesi sürecinde de çalışanlar kısmen serbest bırakılmaktadır.

Sağlık hizmetlerin sürdürülebilmesinde motivasyon etmenine ayrı bir gereksinim vardır. Sağlık çalışanlarının motivasyonların düşük olması durumunda onların verecekleri hizmetlerden kalite beklemek mantıklı olmayacaktır. Çalışanların sağlık hizmetlerinde motive olmaları, kendi işleriyle övünmeleri ve kendilerinden

gurur duymaları beklenmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının diğer kişilerden övgü almaları önemli olmaktadır. Bunların sağlanması durumunda sağlık çalışanlarının motivasyonu sağlanmış olacaktır (Kavuncubaşı, 2000: 42).

Sağlık sektöründe eğitimin ayrı bir önemi bulunmaktadır. Tıp alanında her geçen gün bir yenilik ortaya çıkmaktadır. Bu yeniliklerin çalışanlara aktarılması açısından eğitimin önemi büyüktür. Eğitimlerin belli aralıklarla tekrarlanması yenilikler olmasa bile çalışanların sahip oldukları bilgilerin taze tutulmasının sağlanması ve iş körlüğüne yönelimin azaltılması açısından önem arz etmektedir. Bunun dışında eğitimlerde Toplam Kalite Yönetimi süreçlerinin çalışanlara aktarılması bu felsefenin uygulanabilmesini kolaylaştırmaktadır. Söz konusu eğitimlerde başlıca şu konular bulunmalıdır (Kavuncubaşı, 2000: 228-229):

- Toplam Kalite Yönetimi felsefesi,
- Veri toplama teknikleri ile verilerin analizi,
- Sorun çözme yöntemleri,
- Takım çalışmanın etmenleri,
- Süreç yönetimiyle iyileştirme.

3.1.4. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetim Uygulama Modelleri

Hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarının sahip oldukları özellikler açısından toplam kalite uygulamalarının yerine getirilmesi oldukça zor olmaktadır. Sağlık kurumlarında toplam kalitenin sağlanması açısından uluslararası standartların yakalanabilmesi gerekmektedir. Uluslararası standartlar kapsamında teşhis, tedavi ile bakım hizmetleriyle birlikte söz konusu hizmetler kapsamında hastaların arzu ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması gerekmektedir (Zerenler ve Ögüt, 2007: 52).

Sağlık hizmetlerinin Türkiye açısından önemi giderek daha da artmaktadır. Ülkemizde sağlık sektörüyle alakalı önemli bir değişiklik sağlıkta dönüşüm programıdır. Bu programla kapsamında hastaneler tek yapı altında toplanmıştır. Bu durum kompleks özellik gösteren yapının sade hale gelmesini sağlamıştır. Bu süreçle

birlikte hastanelerde kalite merkezli hizmet anlayışının daha önem kazanmasını sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinde yedi gün 24 saat hizmet verme zorunluluğunun bulunması her zaman hasta memnuniyetini sağlamayı güçleştirmektedir. Ayrıca süreç içerisinde özel hastanelerin girmesi rekabet ortamının oluşmasına neden olmuştur. Bu durum sağlık hizmetlerinde kalite kavramının daha da ön plana çıkmasını sağlamıştır. Bu yapı içerisinde sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi uygulamalarına sosyal ve ruhsal gereksinimlerin karşılanabilmesi açısından daha fazla önem arz ettiği görülmüştür. Bu olgularla birlikte sağlık sektörü kapsamında toplam kalite anlayışının yalnızca sağlık hizmetleriyle değil, aynı zamanda sağlık hizmetleriyle birlikte sunulan yemek hizmetleri, barınma hizmetleri gibi hizmetlerde de önemli olduğu ortaya çıkmıştır (Şahin, 2001: 63). Hasta ihtiyaçlarının kaliteli bir biçimde karşılanması konforu sağlamaya yönelik eğilimleri arttırmaktadır.

Müşteri ihtiyaçlarının kaliteli, hızlı ve ihtiyaca görelilik bir biçimde karşılanması hasta konforunu sağlamaya yönelik eğilimi de arttırmaktadır. Toplam kalite yönetimi yapısal açıdan değişim süreci olarak ifade edilebilir. Değişim süreci kurumun üst yönetimi tarafından kuruma yönlendirilen öğeleri kapsamaktadır. Bu açıdan yönetim katının toplam kalite yönetimiyle alakalı olarak yeterliliğinin bulunması gerekmekte ve bu yeterliliklerini çalışanlara aktarmış olması gerekmektedir. Toplam kalite yönetimi felsefesine sahip kişiler ve kurumlarda stratejik planlama, eğitim, iletişim, sürekli iyileştirme gibi öğelerin uygulanıyor olması gerekmektedir. Toplam kalite yönetim felsefesine sahip kişiler, sektörler, kurum ve kuruluşlarda stratejik planlama, eğitim, iletişim, sürekli iyileştirme gibi öğelerin benimsenip uygulanıyor olması her alanda ve her aşamada kendini gösterir

Sağlık sektöründe toplam kalite yönetiminin etkili olabilmesi için sağlık kurumunun her kademesindeki çalışanın bu konuyla alakalı bilgili olması gerekmektedir. Bununla beraber sağlık kurumlarının kurumsal nitelik taşıması ve yönetim ile stratejik planlamanın kurumsal niteliği yakalaması lazımdır. Toplam kalite yönetimi anlayışının oturtulabilmesi açısından kurumsallaşma önem arz etmektedir.

Türkiye ve diğer ülkelerde kullanılan bazı kalite modelleri şu şekildedir:

- Deming, Modeli,
- Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Modeli,
- Kanada Toplam Kalite Faaliyetlerinde Mükemmellik Modeli,
- Ulusal Kalite Modeli,
- Avrupa Kalite Modeli,
- EFQM.

Sağlık sektöründe hizmet kalitesi planlanana uygulama, uygulananı denetleme, denetlenenin dönüt sağlama şeklinde olması süreçlerinin kendi içinde sıfır hata ile yenilenmesini sağlar. Ayrıca; kalite yaklaşımlarında yer alan Deming modeli oldukça önemli modellerden bir tanesidir. Deming modelinde kalite kontrol faaliyetleri dört süreç üzerinden yürütülmektedir. Söz konusu dört süreç; planlama, yapma, denetleme ve eyleme geçmedir. Deming modeli sağlık sektöründe uygulandığında sağlık personellerinin performansları artmakta ve bu durum kalitenin yükselmesine neden olmaktadır (Parlak, 2004: 29-31).

Toplam kalite yönetiminden kullanılan bir diğer model Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Modeli'dir. Bu modelde ön plana çıkan unsur kalite bilincini yaratabilmektir. Model kapsamında üç farklı firma yapısı incelenmektedir. Söz konusu üç firma yapısı; küçük işyerleri, hizmet firmaları ile büyük üreticilerdir. Model kapsamında süreç ise; başta faaliyet planının oluşturulmasıyla başlamakta, daha sonra sistem oturtulmakta ve en son olarak ise analizle son bulmaktadır. Bunun dışında Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü kar amacı gütmeyen kuruluşlara, küçük işletmelere, sağlık, eğitim ve hizmet veren kurumlara dağıtılmaktadır (Bekaroğlu, 2005).

Kanada Toplam Kalite Faaliyetlerinde Mükemmellik modeli genel olarak üretim firmalarını ele alan bir model olmakla beraber bu model özel sektör için kullanılmaktadır. Model kapsamında 8 sınıf bulunmaktadır. Bunlar; çevre, müteşebbislik, yenilik, endüstriyel tasarım, küçük iş yerleri, icat, pazarlamayla toplam kalitedir (Gökmen, 2004).

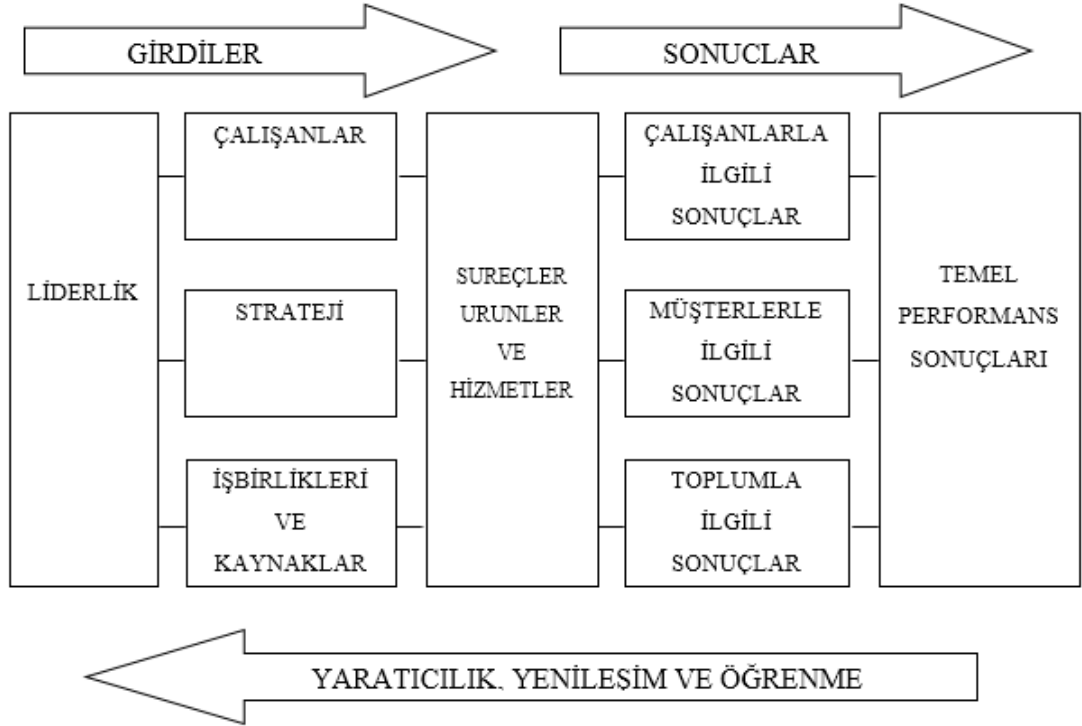
Ulusal Kalite Modelinde öz değerlendirme sürekli gelişim aracı olarak dikkate alınmaktadır. Eğitim ve sürekli öğrenme felsefesi kapsamında işletmelerin kalite odaklı şekilde üretim yapmaları hedeflenmektedir. Avrupa Kalite Modelinde ise ulusal ve uluslar arası ödüllendirme ve dış değerlendirme hizmetlerine önem verilmektedir (Bekaroğlu, 2005).

Toplam kaliteyle alakalı önemli bir diğer model EFQM Mükemmellik Modeli'dir. Bu model kurumların mükemmellik düzeyine ulaşip ulaşmadıklarını değerlendirerek, kurumların kendilerini geliştirmelerine imkan tanımaktadır. Ayrıca firmaların mükemmelliğe erişmeleri kapsamında eriştikleri noktayı kavramalarını sağlamaktadır. Bu modelle sorunların belirlenmesi mümkün olmakla birlikte çözüm yöntemlerinin de belirlenebilmesi mümkün olmaktadır (Akbayrak, 1999).

EFQM modeli kapsamında 9 kriter bulunmaktadır. Bu kriterler şunlardır (Türkiye Kalite Derneği, 2017):

- Liderlik,
- Çalışanlar,
- Strateji,
- Süreçler, Ürünler ve Hizmetler,
- İşbirlikleri ve Kaynaklar,
- Müşterilerle İlgili Sonuçlar,
- Çalışanlarla İlgili Sonuçlar,
- Toplumla İlgili Sonuçlar,
- Temel Performans Sonuçları.

Söz konusu 9 kriterin işleyişi ilişkisi ise Şekil 3'de açıkça gösterilmektedir.



Şekil 3. EFQM Modelinin İşleyişi

Kaynak: Türkiye Kalite Derneği, <http://www.kalder.org/kalderhakkinda.aspx?id=6>, erişim tarihi: 15.03.2017.

Bir araştırma kapsamında EFQM modelinin sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişlik düzeylerine olan etkileri incelenmiştir. İnceleme neticesinde kalite ödülü olan hastanelerde çalışan hemşirelerin ödüllü olmayan hastanelerde görev yapan hemşirelere nazara tükenmişlik düzeylerinin daha az olduğu sonucuna varılmıştır (Zerenler ve Öğüt, 2007). Bu durum neticesinde kalite modellerinin çalışanlar üzerinde de olumlu etkilerinin olduğunu söylememiz mümkün olmaktadır. Hangi modelin ne amaçla kullanıldığının bilinmesi, etkin kullanım sağlanması açısından önemlidir.

3.2. Sağlık Sektöründe Toplam Kalitenin Artmasının Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri

Bu bölümde sağlık sektöründe toplam kalitenin artmasının sağlık çalışanlarının üzerindeki etkileri üzerinde durulacaktır.

3.2.1. Motivasyonun Artması

Motivasyon bireyin isteklerini, gereksinimlerini, arzularını içeren oldukça detaylı bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Motive olmayan çalışanların başarılı olmalarının beklenmemesi gerekmektedir. Motivasyon aynı zamanda kişiler ve çalışanlar arasındaki ilişkileri düzenleyen bir faktör olmaktadır. Tüm meslek gruplarında kurumların tek amacı çalışanların performanslarını ortak hedefleri erişmek için kullanabilmektedir (Fındıkçı, 2002: 28). Motivasyon ise çalışanların hedeflere ve işlere yönelik istekli olmalarını sağlayan bir güç olmaktadır.

Toplam kalite yönetimi uygulamalarında motivasyonun ayrı bir önemi vardır. Özellikle sağlık sektöründe daha önemlidir. Motive olmayan bir sağlık çalışanından verim beklenmemesi gerekmektedir. Sağlık çalışanları motive olurlarsa işlerinden gurur duyma olasılıkları artmaktadır. Bu durum ise sundukları hizmetin daha da iyileşmesini sağlayarak kaliteyi daha da artırmaktadır.

Toplam kalite yönetimi kapsamında sağlık çalışanların istek, beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması motivasyon artırıcı nitelik taşımaktadır. Ayrıca toplam kalite yönetimi kapsamında benimsenen adil ödüllendirme sistemiyle çalışan motivasyonun artırılması mümkün olmaktadır. Toplam kalite yönetimi aynı zamanda çalışma şartlarını ve koşullarını belirleyici olmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışma şartları ve koşullar işleyişi oldukça etkilemektedir. Diğer çalışanlar gibi sağlık çalışanları da kötü şartlar ve koşullar içerisinde motive olamayacaktır. Toplam kalite yönetimiyle birlikte sağlık çalışanlarının şartlarının iyileştirilmesi motivasyonu artırıcı etki gösterecektir (Şahin ve diğ., 2005: 137).

3.2.2. İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılığın Artması

Toplam kalite yönetimi anlayışı yalnızca müşterilere sunulan hizmetteki kalitenin artırılması değil, aynı zamanda çalışma şartlarındaki kalitenin artırılması yönünde etkiler içermektedir. Bu açıdan çalışanların çalışma şartlarının geliştirilmesi, eğitim, çalışan ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bunların temin edilmesi, adil bir ücret ve

ödüllendirme sistemi gibi yürütülen çalışmalarla birlikte çalışma şartları daha iyi hale getirebilecektir.

Sağlık çalışanlarının daha kaliteli şartlar içerisinde görevlerini sürdürmeleri işlerini daha iyi yapmalarını temin edecektir. İşini iyi yapabilen sağlık çalışanı kendini daha mutlu hissedecek ve böylelikle iş doyumunu sağlayacaktır. Çalışma şartlarından, yaptığı işten ve kurumundan hoşnut olan çalışanın da örgütsel bağlılığının artması söz konusu olmaktadır. Bu bakımdan sağlık çalışanı bulunduğu kurumda çalışmayı istemekte ve farklı bir yerde çalışmak istememektedir (Tutar, 2007: 102).

3.2.3. Hata Oranlarının Minimalize Edilmesi

Sağlık hizmetlerinde sıfır hata felsefesi benimsenmektedir. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinin yaşamsal fonksiyonlara etki edebilmesidir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinde yapılan bazı hatalar hastaların hayatlarının son bulmasına neden olabilmektedir. Kavramsal açıdan sıfır hata kavramı yalnızca nihai mamullerin hatasız olması değil, aynı zamanda süreç içerisinde de hatanın olmaması anlamına gelmektedir. Bu bakımdan üretim sürecinin her aşamasında yapılan incelemeler ile alınan tedbirler neticesinde hatasız bir mamul elde edilebilmektedir (Kıngır, 2006: 102).

Sağlık kurumları kapsamında yürütülen toplam kalite yönetimi çalışmaları kurumsal işleyişi ele almakta ve bunların iyileştirilmesini temin etmektedir. Sağlık çalışanları işleyiş içindeki aksaklıkların giderilmesi sağlık çalışanlarının etkinliklerinin artırılmasını sağlamaktadır. Bunun dışında toplam kalite yönetiminin sağlık çalışanlarına yaptığı katkılar çalışanların istekli ve arzu çalışmalarına yardımcı olmaktadır. Sağlık çalışanlarının istekli çalışmaları dikkat seviyelerini artırmakta ve bu durum hata yapabilme olasılıklarını azaltmaktadır (Yaman, 2013: 24).

3.3. Sağlık Sektöründe Toplam Kaliteyi Artırmanın Hastalar Üzerindeki Etkileri

Bu başlık altında sağlık sektöründe toplam kaliteyi artırmanın hastalar üzerindeki etkilerine değinilecektir.

3.3.1. Güven Duygusunun Artması

Hastalar kendilerini sağlık kurumlarına emanet etmekte ve sonuçta sağlıklarına geri kavuşmak istemektedir. Bu açıdan hastalar söz konusu bu ilişkiyi güven üzerine oturtmaktadır. Bu bakımdan hastanın aldığı sağlık hizmetine güven duymasıysa aldığı hizmetin kalitesine bağlı olmaktadır. İsteddiği hizmet kalitesine uygun alamayan hastanın sağlık kurumuna güven duyabilmesi mümkün değildir.

Sağlık kurumunda yürütülen, toplam kaliteyi artırmaya yönelik çalışmalar hastalara sunulan hizmetlerin daha etkin olmasını sağlamaktadır. Bu durum hastaların sağlıklarına daha kolay kavuşabilmelerini temin edebilmekte ya da hastaların sağlıklarına daha kolay kavuşabileceklerini düşünmelerine neden olmaktadır. Kaliteli sağlık hizmeti almış hastalar ilerleyen zamanlarda kendileri ya da tanıdıkları için önceden kaliteli hizmet almış oldukları sağlık kurumunu tercih etmektedir. Bunlar dışında kalite sağlık hizmeti alan hastalar aldıkları hizmete güvendikleri için kaygı ve endişeye daha az kapılabilmekte ve bu durum onların daha kolay sağlıklarına kavuşabilmelerine neden olmaktadır (Yaman, 2013: 47).

3.3.2. Sürekliliğin Sağlanması

Hastalar memnun kaldıkları sağlık kurumlarından hizmet almayı sürdürmek istediğinde olabilmektedirler. Ayrıca hastalar tekrar hastalanmalar bile yakınlarına kendilerinin hizmet aldıkları sağlık kurumuna gitmelerini tavsiye edebilmektedir. Bu bakımdan sağlık kurumlarının kaliteli hizmetleri onların genel olarak tercih edilmesini sağlayarak sürekliliği temin edebilmektedir (Tutar, 2007: 102).

Kurum imajı da, sürekliliğin uzun vadede sağlanmasında tüm iletişim faaliyetlerinin bütünlüğüne sahip, çevresine ve dış mihraklara olumlu mesajlar vermesin de etkilidir. Hastane seçimine etki eden faktörler arasında; hasta hekim ilişkisinin iyi olması çalışanların kibarlığı, hastane personelinin tutum ve davranışlarının (Tengilimoğlu, 2001) etkili olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Belirgin Kurum imajı hem tutarlı ve hem de bulunulan zamana uyumlu bir özellik taşımalıdır. Kurum kimliği, kurum kişiliği ve kurum imajı sağlık sektörünün piyasa değerine değer

katan ögelerdendir. Sürekliliğin sağlanması için gerekli olan ögeler aynı zamanda kurumsal prestij artışını da sağlamaktadır.

3.3.3. Hastane Prestijinin Artması

Her işletme varlığını devam ettirme amacıyla kurulmaktadır. Bu bakımdan sağlık kurumları da varlıklarını devam ettirme düşüncesiyle hizmet vermektedir. Diğer kurumlar gibi sağlık kurumlarının da varlıklarını devam ettirebilmesi sahip oldukları itibara bağlıdır. İyi bir itibara sahip olabilmek ise iyi kaliteli hizmetle alakalı olmaktadır.

Sağlık kurumları sundukları kaliteli hizmetler sayesinde toplum tarafından daha fazla tercih edilmeye başlamakta ve bu durum onların prestijlerinin daha fazla artmasına neden olmaktadır (Ayhan ve Canöz, 2006: 72).

3.4. Sağlık Kurumlarında Kalite Uygulamaları Çerçevesinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Uygulamaları

Sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarına ilişkin standartlar aşağıda yer almaktadır.

Hasta güvenliği uygulamaları (6.madde) kapsamında uygulamalar şu şekildedir:

- a) Hasta kimlik bilgilerinin alınması,
- b) Hastaya uygulanacak olan girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
- c) İlaç güvenliğinin sağlanması,
- d) Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
- e) Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- f) Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- g) Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- h) Cerrahi güvenliğin sağlanması,

i) Engelli vatandaşlara etkin sağlık hizmetinin sunulması.

Çalışan güvenliği uygulamaları (7. madde) kapsamında uygulamalar şu şekildedir:

- a) Çalışan güvenliği programının belirlenmesi,
- b) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- c) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- d) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- e) Çalışanlara yönelik çeşitli saldırılara yönelik gerekli önlemlerin alınması.

Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları (8. madde) kapsamında uygulamalar şu şekildedir:

- a. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak;
 - i. Enfeksiyonların kontrolünün sağlanmasına yönelik stratejiler geliştirme,
 - ii. İzolasyon önlemlerinin alınması,
 - iii. Enfeksiyonla ilgili tedbirlerin alınması,
 - iv. Temizlik uygulamalarının gerçekleştirilmesi,
 - v. El temizliğiyle ilgili tedbirlerin alınması,
- b. Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak;
 - i. Biyogüvenlik seviyesi kapsamında gerekli önlemlerin alınması,
 - ii. Laboratuvarda çalışılan testlerine ilişkin kalite kontrolün yürütülmesi,
 - iii. Panik değerlerin bildiriminin sağlanması,
- c. Radyasyon güvenliği kapsamında; tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılmakta olan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması,

d. Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak;

Amaçları

- Hastane çalışanlarını haberdar etmekte
- Risk durumunda iletişime olanak tanımakta
- Kısa ve net mesaj vermekte
- Doğru müdahale için zaman kazandırmakta
- Panik oluşmasına engel olmakta
- Acil durumlara hazırlıklı olmayı mümkün kılmakta
- Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktadır

Anlamları

- i. Sarı kod: Amerika'da ülke genelinde hastanelerde bomba tehdidi için kullanılmaktadır.
- ii. Yeşil kod: Kendisi ya da başkaları açısından tehlikeli olarak güvenlik riski taşıyan kişilerin kaçması ya da kaybolması durumunda baş vurulur.
- iii. Kırmızı kod: Can, mal ve hizmetlerin korunması amaçlı yangın durumunda kullanılır.
- iv. Mavi kod: Yetişkin veya çocuk kardiyopulmoner arrest için kullanılır.
- v. Turuncu kod: KBRN; Dekontaminasyon ekibinin aktivasyonu için ve tehlikeli madde maruziyetleri durumunda baş vurulur.
- vi. Pembe kod: Yaş farkı gözetilmeksizin çocuk kaçırma aktivasyon sağlanır.
- vii. Beyaz kod: Bir çocuk hasta için, kesin veya şüpheli kardiyopulmoner arrest varsa bu yolla mesaj iletilir.
- viii. Gri kod: Silahlı Kişi/Saldırı/Rehine durumunun mevcut olması bu kodu kullanmayı gerektirir.
- ix. Mor kod: Doğal afetlerde; Geniş çaplı yangın, sel baskını, deprem, heyelan söz konusu ise bu kod kullanılır.

- x. Siyah kod: Ölüm mevcut ise kullanılmasını mümkün kılar.
- e. Güvenlik raporlama sistemi ile ilgili olarak;
- i. Güvenlik raporlama sisteminin oluşturulması,
 - ii. Bildirimi yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsaması,
 - iii. Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması,
- f. Eğitimler ile ilgili olarak; sağlık personeline, hasta ve çalışan güvenliği hakkında hizmetiçi eğitimler sunmak,
- g. Komitelerin kurulması ile ilgili olarak;
- i. Hasta güvenliği komitesi,
 - ii. Çalışan güvenliği komitesi kurulması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET OLAYLARININ TOPLAM KALİTE ÜZERİNE OLUMSUZ ETKİSİ

4.1. Şiddet Tanımı

Şiddet kavramı, bireylerin bedensel, ahlaki ve manevi bütünlüklerinin zarara uğratılması şeklinde ifade edilmektedir. Bununla beraber simgesel ve kültürel değerlerin veya kişinin mal varlığının zarara uğratılması şeklinde sergilenen davranışlar şiddet olarak tanımlanmaktadır (Köknel, 2006:19).

Şiddet, kişilerin maddi veya manevi olarak acı çekmesine sebebiyet veren davranışları olarak ifade edilmektedir (Tutar, 2004). Şiddet sözcüğü genel anlamı itibariyle, aşırı duygu durumunu, bir olgunun sertlik halini, yoğunluğunu, sert ve kaba davranışları, beden gücünün kötü amaçla kullanılmasını, bireyi ve toplumu zarara uğratabilecek faaliyetlerin tamamını kapsamaktadır (Çakır ve diğ., 2014).

4.2. Şiddet Sebepleri ve Türleri

Şiddet çeşitli sebeplerden dolayı farklı şekillerde uygulanabilmektedir. Bu bölümde şiddet sebepleri ve türleri ayrı başlıklar halinde incelenmiştir. Şiddet davranışlarının üç sebebi bulunmaktadır. Bunlar şu şekildedir:

- Biyolojik Faktörler
- Psikolojik Faktörler
- Sosyolojik Faktörler

Şiddet türleri ise genel olarak beş alt başlık altında toplanmaktadır. Bunlar şu şekildedir:

- Fiziksel Şiddet

- Sözel Şiddet
- Psikolojik Şiddet
- Cinsel Şiddet
- Irkçı Taciz

4.2.1. Şiddetin Sebepleri

Şiddet farklı sebeplerden dolayı ortaya çıkabilmektedir. Şiddetin sebebinin bilinmesi, şiddetin önlenmesi adına en önemli adımlardan biri olmaktadır. Bu nedenle şiddet davranışına neden olan faktörler saptanması önemlidir. Bu bölümde şiddete neden olan faktörler alt başlıklar halinde incelenmiştir.

4.2.1.1. Biyolojik Faktörler

İnsan, doğası gereği sürekli olarak hayatta kalma mücadelesi vermektedir. İnsan bu mücadelesi boyunca çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalabilmekte ve hayatta kalabilmek adına iki tür davranış sergileyebilmektedir. Bunlardan birincisi kaçmak ve ikincisi savaşmaktır. İnsan tehlikeli bir durumun varlığında şiddet davranışlarına başvurabilmektedir. Bu durum insanın doğası gereği olan biyolojik bir faktör olarak görülmektedir (Savrun, 2000).

Şiddet davranışı beynin amigdala, prefrontal-korteks ve hipotalamus kapsamında meydana gelip eyleme dönüşmektedir. Tehlikeli bir durum karşısında oluşabilecek çeşitli uyarılar beynin “talamus” ismi verilen bölümünde algılanmakta ve bu uyarı karşısında beyin iki tür cevap verebilmektedir. Bunlar: “kaçma” ya da “korku”dur. Talamus, Korteks ve hipotalamus’ın uyarılması sağlanarak şiddeti meydana getirecek fizyolojik ve duygusal belirtiler ortaya çıkmaktadır (Say, 2016).

4.2.1.2. Psikolojik Faktörler

İçgüdüsel olarak her canlıda saldırma eylemi güdüsü beraber bu güdü tehlike anında eyleme dönüşmektedir. Saldırganlık kişilerde doyuma neden olabilmektedir.

Hayatlarında çeşitli durum ve olaylarla ilgili olarak doygunluğa ulaşamamış kişiler saldırgan davranışlar sergileyebilmektedirler. Psikolojik olarak engellendiğini algılayan birey, güçsüzlük ve çaresizlik duyguları içinde yaşam kaygısı güder ve bu durum saldırgan davranışlar sergilemesine neden olabilir (Gençoğlu, 2014).

Hayatta çaresizlik duygusu ile karşı karşıya kalan bireylerin kaygı durumları artmaktadır. Kaygı algısının artması, kişilerin saldırganlık davranışlarını arttırmaktadır. Psikolojik olarak engellendiğini algılayan kişiler, düş kırıklığı yaşamakta, saldırgan davranışlar sergilemekte ve şiddet yönelimi göstermektedirler (Sağkal ve diğ., 2014).

4.2.1.3. Sosyolojik Faktörler

Bireyin sosyal bağlantıları ile şiddet arasında önemli bir ilişki mevcuttur. Sosyal öğrenme anlayışı çerçevesinde saldırganlık davranışı sonradan öğrenilen bir davranıştır. Birey sosyal bağlantılarından gelen uyarılara cevap vermektedir. Birey saldırgan davranışları taklit edebilir ve saldırgan davranışları sonrasında ödül ve ceza yaptırımlarını bilerek davranışlarını sergileyebilir (Eren, 2003).

Günümüz koşullarında şiddete neden olan en önemli sosyolojik faktörün stres olduğu belirtilmektedir. Stres bireylerde şiddet davranışlarının gelişmesine sebebiyet verebilmektedir. Kişilerin yaşamış oldukları stres, düş kırıklığı, kızgınlık gibi faktörler, şiddeti meydana getiren sosyal faktörlerdir (Öznür ve diğ., 2016).

4.2.2. Şiddet Türleri

Beş şiddet türü bulunmaktadır. Bunlar; fiziksel, sözel, psikolojik, cinsel şiddet ile ırkçı tacizdir. Bu bölümde bu şiddet çeşitlerine yer verilecektir.

4.2.2.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet genel olarak, birine zarar vermek, öldürmek ve yaralamak amacıyla güç kullanma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Tokat, yumruk, tekme, ısırma,

vurma gibi unsurlar fiziksel şiddet kapsamında ele alınmaktadır. Sonunda fiziksel zarara neden olan cinsel saldırılar da fiziksel şiddet kapsamında değerlendirilebilmektedir.

4.2.2.2. Sözel Şiddet

Sözel şiddet kişinin cinsiyetini, ailesel durumunu, engellilik durumunu, cinsel tercihini, yaşını hedef göstermek kapsamında rahatsız edici sözlerle yapılan tacizi ifade etmektedir. Sözel şiddet tehdit ve hakaret gibi bireyi ruhsal olarak huzursuz eden unsurlara sahiptir. Bu bakımdan sözel şiddet bir sözel saldırı olarak karşımıza çıkmaktadır.

4.2.2.3. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet bireyin küçük düşürücü, kötü niyetli davranışlara tekrarlı biçimde sürekli olarak maruz kalmasını ifade etmektedir. Yapısal açıdan psikolojik şiddet bireyin akıl ile ruh sağlığına, sosyal ilişkilerine zarar veren tutumlara maruz kalmasıdır. Bireyin küçük düşürücü, kişisel değerlerine zarar veren, gururunu kıran olayları yaşaması psikolojik şiddet kapsamına girmektedir. Psikolojik şiddet bireylerin ruhsal sağlığına zarar veren niteliklere sahiptir. Bu bakımdan psikolojik şiddette maruz kalan kişiler kendilerini baskı ve tehdit altında hissetmektedir. Bunun dışında psikolojik şiddete maruz kalan kişilerde ruhsal etmenlerin etkisiyle fizyolojik rahatsızlıklar da ortaya çıkabilmektedir (Tutar, 2004: 146).

4.2.2.4. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, bireyin isteği olmadan baskıyla veya güç kullanılarak dokunma, zorla öpme, cinsel faaliyete zorlama gibi cinsel içerikli unsurlara maruz bırakılması anlamına gelmektedir. Cinsel dürtülerden kaynaklı olarak bireyi küçük düşüren, karşılığı olmayan, istenmeyen tutum ve davranışlar cinsel şiddet kapsamında yer almaktadır (Tutar, 2004: 146).

4.2.2.5. Irkçı Taciz

İrkçılık farklı kültürel ve fiziksel özelliklere sahip kişilere tahammül edememe sonucunda ortaya çıkmaktadır. Başlangıçta farklı kültürel özelliklere sahip bireylere yapılan psikolojik şiddet oyun gibi algılanmaktadır. Fakat bu durum giderek dozunu artırmakta ve mobbinge dönüşmektedir. Bu sebeple bu tutum ve davranışlar içerisinde tehditkar öğeler yer almaktadır. Kişilerin kendilerine benzeyenlerle etkileşim kurma ve diğerlerini reddetme içgüdüleri ırkçılığın ortaya çıkmasına neden olan etkenlerden biridir. Ancak ırkçılığın oluşumunda farklı yaşam tarzları gibi etkenler de bulunmaktadır (Clements ve diğ., 2005: 296).

4.3. Sağlık Kurumlarında Şiddet

Sosyal ilişkiler kapsamında şiddet önemli toplumsal sorunlardan bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Büyük bir toplumsal sorun olan şiddet bazı durumlarda sağlık kurumlarında da kendini göstermektedir. Günümüzde insanların şiddete yönelik eğilimlerinin artması bu konuyla alakalı yapılan araştırmaların artmasını sağlamıştır. Ayrıca 1988 senesinde şiddetle alakalı yayınlanmış yalnızca 32 makale bulunmaktayken, günümüze gelindiğinde bu konuyla alakalı makale sayısı bin adedin üzerine ulaşmıştır. Sağlık hizmeti sunan çalışanların hizmet sırasında şiddete maruz kalma olasılıkları artmış bulunmaktadır. Bu konuyla alakalı olarak Kanada'da yürütülen bir çalışmada; kadın doğum birimlerinde görev alan hemşirelerin %15'ine yakınının fiziksel şiddet görmüş oldukları tespit edilmiştir (Clements ve diğ., 2005: 296).

Breakwell (1997) yapmış olduğu çalışma kapsamında sağlık hizmetlerinde yaşanan şiddet olaylarının farklı alanlarda görülen şiddet olaylarına karşın 26 kat daha çok risk içerdiği sonucuna varmıştır. Yapısal açıdan sağlık kurumları yaşamsal niteliklere sahip olmasından dolayı genel manada risk içeren kurumlardır. Bu durum sağlık kurumlarını şiddete duyarlı hale getirmektedir. Ulusal İşyeri Güvenliği Enstitüsü açısından sağlık kurumlarındaki şiddet vakaları "bir işyeri tehlikesi" kapsamında ele alınmaktadır (akt. Cooper, 2002: 48).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de yapılan bir araştırma kapsamında en az bir defa fiziksel şiddete maruz kalan hemşire oranının %35 ile %80 oranında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte ölümcül nitelik taşımayan saldırıların İngiltere'de %40, ABD ise %85 oranında olduğu da ifade edilmiştir (Clements ve diğ., 2005: 297).

Sağlık kurumları içerisinde şiddet farklı biçimlerde görülebilmektedir. Bu kapsamda şiddet; sağlık çalışanı ile sağlık çalışanı, hasta ya da hasta yakını ile sağlık çalışanı, üçüncü şahıslarla sağlık çalışanı, üçüncü şahıslar ile üçüncü şahıslar, hasta ya da hasta yakınlarıyla üçüncü şahıslar ve bu üç kesimin aralarında ortaya çıkabilmektedir (Yıldırım, 2012: 35).

4.3.1. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Boyutu

Sağlık kurumlarında şiddet günümüzde artan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak sağlık kurumlarında ortaya çıkan şiddetle alakalı olarak problemin ne kadar büyük olduğu bu konuyla alakalı olarak kesin verilere ulaşılamadığı için tam olarak ifade edilememektedir. Elde edilen verilerin ise bu problemin yalnızca küçük bir kısmını yansıttığı ifade edilmektedir (Cooper, 2002: 49). Her tip kurumda şiddet olayına rastlandığı ancak sağlık kurumlarında daha çok rastlandığı belirtilmektedir. Özellikle kamu görevi üstlenen ve yapısal açıdan daha fazla sağlık hizmeti vermek durumunda olan sağlık kurumlarında şiddetin daha fazla görüldüğü ifade edilmektedir (Çöl, 2007: 4).

Sağlık sektöründe şiddetin araştırıldığı bir çalışmanın sonuçlarına göre sağlık kurumlarında en fazla şiddetin görüldüğü ülke Bulgaristan'dır. Bunun dışında Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçları ise TBMM tarafından hazırlanan bir rapor kapsamında ele alınmıştır. Bu sonuçlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. 2013 Yılındaki Bazı Ülkelerdeki Sağlık Çalışanlarına Yönelik Olarak Ortaya Çıkan Şiddet Oranları

Ülke	Sayı	Sayı	Oran (%)
Bulgaristan	508	385	75.8
Brezilya	1569	733	46.7
Güney Afrika	1014	619	61
Portekiz	348	209	60
Tayland	1090	589	54
Avusturalya	400	269	67.2

Kaynak: TBMM (2014), TBMM (2014), Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, Sıra Sayısı, 465, s. 4.

4.3.2. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sebepleri

Hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarıyla arasında kompleks bir ilişki vardır. Bu yapının sağlıklı bir şekilde devam ettirilebilmesi için ise hem hasta ve yakınlarının hem de sağlık çalışanlarının hem duygusal anlamda hem de akılcı bir tutumla birbirlerini anlamaları gerekmektedir. Aynı zamanda bu ilişkiyi olumsuz etkileyecek unsurların da önceden hastane yönetimi ya da kurallar tarafından giderilmesi gerekmektedir. Örneğin gürültülü ve sağlıksız bir ortamda kurulan iletişimde sağlıksız olacaktır. Bu nedenle hastane ortamının düzeni buna göre dizayn edilmelidir. Bununla birlikte hasta veya yakınlarıyla iletişime geçen sağlık personelinin çok katı bir tavırla hitap etmesi de bireyler arasında gerginliğe neden olabilir. Bu nedenle her iki tarafında daha anlayışlı olması gerekmektedir. Doktorun hastalara durumları hakkında bildirim vermesi de oldukça önemlidir. Hasta sürekli merak halinde ve çaresiz beklediği sürece stresi sürekli artacaktır (Çöl, 2007: 5). Ayrıca durumu kötü olan bir hastanın yakınına bu durum önceden anlatılmazsa bireyler karşılaştığı kötü durumlar sonucu yaşadığı hayal kırıklıklarıyla beraber istenmeyen davranışlar sergileyebilirler. Aynı şekilde hasta ve yakınlarının da sağlık personellerine duydukları güveni hissettirmeleri ve onların emeğine saygılı olmaları da şiddeti engelleyen unsur olacaktır. Sürekli agresif ve bencil davranan hasta ve yakınları sağlık personellerinin ruhsal durumlarını da olumsuz etkileyeceği gibi hastanede stresli bir ortam oluşmasına neden olacaktır. Şiddet sorunuyla karşı karşıya

kalan sağlık personeli kendini tedirgin ve güvensiz hissedeceğinden hata yapma oranları da artar.

Hastalığın ağır olduğu durumlarda hasta ve yakınları daha gergin olduğundan panik, sinir, endiŐe ve stresle beraber daha çok Şiddete baŐvurmaktadır. Çaresizlik ve kederli hissedenden bireylere bu anlamda psikolojik anlamda destek de olunması Şiddeti azaltacak unsurlardan biri olarak karşımıza çıkar (Clements ve diğ., 2005: 296).

4.3.3. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Etkileri

Şiddet toplum üzerinde hem psikolojik hem de fiziksel olumsuz etkiler bırakmaktadır. Sağlık kurumlarında ortaya çıkan Şiddet sağlık çalışanlarına, sağlık hizmetlerine, sağlık kurumlarına ve tüm topluma önemli zararlar vermektedir (Ayrancı ve diğ., 2002: 148).

Sağlık kurumlarında ortaya çıkan Şiddet sağlık personelleri üzerindeki etkisi fiziksel olmakla beraber güven hissiyle alakalı da olmaktadır. Bu açıdan Şiddet sağlık alıŐanlarında ruhsal, fiziksel travmalar yaratmakla beraber, sağlık çalışanlarının kariyer deđiŐtirmelerine neden olarak onların mali sıkıntılar çekmelerine de neden olmaktadır (Stanko, 2002).

Şiddetin sağlık çalışanları üzerinde neden olduğu etkilerin Şu Şekilde ifade edilmesi mümkündür; çalışanlar ve bireyler arası ilişkilerin bozulması, işe devamsızlık, işe bağlılığın ve iş tatmininin düşmesi, fiziksel zarar görme, iŐgücü devir hızının artması, stres, Çok geçirme, zgven kaybı, güçsüz hissetme gibi etkilerdir (Ayrancı ve diğ., 2002: 149).

Şiddet olayları yalnızca sağlık çalışanlarını değil aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarını da yakından etkilemektedir. Şiddet olayları sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde düŐüŐ olmasa bile Şiddet kalitenin azalmasına sebep vermektedir (Annagür, 2010: 163).

4.3.4. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yönetimi

Sağlık kurumlarında şiddet vakalarının olmasının tamamen engellenebilmesi mümkün olmamakla beraber bu durumların geciktirilebilmesi, dozunun düşürülmesi, etkilerinin azaltılabilmesi için yapı içerisinde yardımcı olabilecek tüm aktörlerden yararlanılması ve böylelikle şiddet vakaların etkin bir şekilde yönlendirilmesiyle şiddetin yönetilebilmesi mümkündür (Yıldırım, 2012: 35).

Sağlık kurumlarında şiddet yönetimi kapsamında bulunan aktörler şu şekilde ifade edilebilir; çalışanlar, işverenler, komisyonlar, toplum, hükümet ve meslek kuruluşlarıdır (Cooper, 2002: 36).

Üst kurum ve kuruluşlar ile devletin sağlık kurumlarında görülen şiddetin azalması ve ortadan kaldırılması için gerekli şartları sağlamaları gerekmektedir. Bununla birlikte işveren kurumlar ile işverenlerin şiddeti önleyen koşulları temin etmeleri lazımdır. İşverenler dışında sağlık çalışanlarının da sağlık kurumlarında şiddetle alakalı risk ve tehlike içeren unsurları en düşük seviyeye çekmek adına dikkatli davranmaları ve bu konuda özenli olmaları gerekmektedir. Sivil toplum kuruluşları, sendikalar, meslek grupları da şiddeti azaltabilmek adına çalışmalar düzenlemeli ve şiddeti bitirebilmek için bazı sistemler oluşturmalıdırlar (ILO, 2002: 10).

4.3.5. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Önlenmesi

Şiddetin sağlık kurumlarında son bulabilmesi açısından, Sağlık Bakanlığı, sendikalar ve meslek kuruluşları farklı çalışmalar yürütmektedir. Bu çalışmalar kapsamında şiddetin nedenleri belirlenmeye çalışılmakta ve bu nedenler bağlı olarak çözüm yöntemleri bulunmaya çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı şiddeti önlemesi açısından hak ve sorumlulukların belirlenmesi, güvenli hizmetlerin sağlanması, sağlık kalitesinin yükseltilmesi, sağlık çalışanlarının motivasyonunun artırılması gibi görevleri üstlenmek durumundadır (TBMM, 2014: 5).

4.3.6. Konuyla İlgili Yasal Mevzuat

Türkiye’de şiddetin önlenmesi açısından yasal bazı düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerden biri 16 Ekim 2009 tarihli “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”dir. Söz konusu tebliğin 10. Maddesinde güvenlik açısından alınması gereken tedbirler üzerinde durulmaktadır. Bu tedbirler şu şekilde ifade edilebilir:

- Sağlık hizmetlerinin verildiği ve önem arz eden bölgelere giriş ile çıkışların denetim altında olmasının sağlanması,
- Sağlık kurumunda yeterli sayıda güvenlik görevlisinin bulunması,
- Sağlık kurumundaki ortak kullanım alanlarının güvenlik kameralarıyla izlenmesi ve bununla alakalı tedbirlerin alınmasıdır.

Bu tebliğ dışında 6 Nisan 2011 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik kapsamında şu unsurlar üzerinde durulmuştur:

- Sağlık çalışanlarının güvenliğinin teminini sağlamak için program oluşturulması,
- Sağlık personellerinin sağlık taramasından geçirilmesi,
- Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- Çalışanları koruyan önlemlerin alınması,
- Fiziksel şiddetle alakalı önlemlerin alınması.

4.4. Sağlıkta Şiddette Maruz Kalanların Toplam Kalite Üzerine Etkisi

Şiddet, sağlık kurumları, sağlık çalışanları, hastalar, sağlık hizmetleri üzerinde negatif etki bırakan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet etkilerini başta sağlık çalışanları ve hastalar üzerinde göstermektedir. Şiddete maruz kalan çalışanın işe olan bağlılığı ve isteği azalmakta ve bu durum sunduğu hizmetin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanı şiddete direkt olarak maruz

kalmasa bile ilerde Şiddet görebilme olasılığı sebebiyle kendini güvende hissetmemekte ve dolayısıyla kariyerini gözden geçirmek durumunda kalmaktadır (Annagür, 2010).

Şiddetin direkt olarak hastaya yöneldiği bir sağlık kurumunda zaten kaliteden söz edilebilmesi mümkün değildir. Hastaların Şiddete maruz kalması sağlık kurumunun prestijinin azalmasına neden olacak ve bu durum sağlık hizmetlerine olan talebi azaltacaktır. Sağlık alıŐanların kendi aralarında ortaya çıkan Şiddet vakaları da sağlık kurumundaki koordinasyonu düŐürerek sağlık hizmetinde aksaklıklara neden olacaktır. Sonuçta yine sağlık hizmetinin toplam kalitesi azalmıŐ olacaktır (Ayrancı ve diğ., 2002: 149).





BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA BİR ARAŞTIRMA

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı sağlık kurumlarında çalışanların iletişim ve toplam kalite yönetim algıları ile şiddete maruz kalanların bu algıları ne kadar olumsuz etkilediğine ve ilişkisine bakılmasıdır. Türkiye’de bir ilk olan HIMSS STAGE 7 Ödülüne Layık görülen Tire Devlet Hastanesi Çalışanlarının iletişim seviyelerini, çalışma sahalarını, hizmet kalitesini, toplam kalite yönetimi algılarını, işlevselliğini ortaya koymaktır. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının bu işlevselliği ne derece etkilediğini görmektir.

5.2. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma sağlık kurumlarında çalışanların iletişim, toplam kalite yönetimi ve şiddet algılarının saptaması ve bu algıların birbirleriyle olan ilişkilerinin belirlenmesi açısından önemlidir (Himss Türkiye, <http://himssturkiye.com/tr/anasayfa/#himss-hakkinda>, erişim tarihi: 07.06.2017).

HIMSS TURKİYE 2016-2017

- Kağıtsız Hastane,
- Kişiselleştirilmiş Tıp,
- Kişi Veri Güvenliği,

SAĞLIK BAKANLIĞI

- Sağlık Bilgi Sistemleri,
- Sağlık Bilişimi,
- Sağlık Hizmetleri,
- Siber Güvenlik (Stephen Lieber),

- Tedavi,

Teletıp, Alanlarında TİRE DEVLET HASTANE'sinin AVRUPA'da 4.lük ödülü almış olmasıdır. Türkiye'de ilk olması sebebi ile ve çalışanlarının iletişim algıları, toplam kalite algıları, yönetsel seviyeleri hakkında bilimsel bir veri elde etmek. Şiddete maruz kalan çalışanların iletişim, toplam kalite üzerine olumsuz ilişkilerin önemine dikkat çekmektir.

Sağlık çalışanlarının hasta, hasta yakınları ve diğer çalışma arkadaşlarıyla kurdukları olumlu iletişim hastanede toplam kalite algısını olumlu yönde etkileyebileceken, şiddet olayları olumsuz yönde etkilenebilecektir. Bu araştırma ilişkilerin saptanması ve sağlık kurumlarındaki şiddet, iletişim ve toplam kalite yönetimi algısının saptanması açısından önemlidir.

5.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

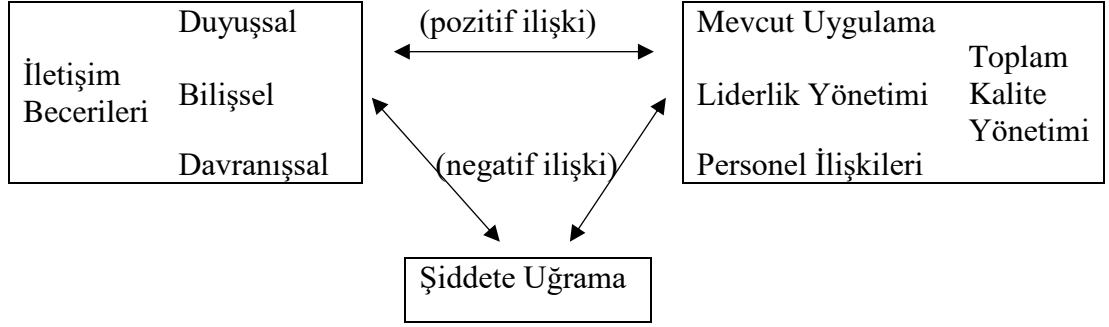
- H₁: Sağlık kurumlarında şiddet olaylarının ve iletişimin toplam kalite yönetimi üzerine etkisi mevcuttur.
- H₂: Demografik özelliklere göre iletişim becerileri farklılık göstermektedir.
- H₂₁: Yaşa göre iletişim becerileri farklılık göstermektedir.
- H₂₂: Cinsiyete özelliklere göre iletişim becerileri farklılık göstermektedir.
- H₂₃: Öğrenim durumuna göre iletişim becerileri farklılık göstermektedir.
- H₂₄: Çocuk sayısına göre iletişim becerileri farklılık göstermektedir.
- H₂₅: Meslekteki yılına göre iletişim becerileri farklılık göstermektedir.
- H₂₆: Mesleği severek yapma durumuna göre iletişim becerileri farklılık göstermektedir.
- H₂₇: Çalışma şekline göre iletişim becerileri farklılık göstermektedir.
- H₂₈: Daha önce çalışılan bölgeye göre iletişim becerileri farklılık göstermektedir.

- H₃: Demografik özelliklere göre toplam kalite yönetimi algısı farklılık göstermektedir.
- H₃₁: Yaşa göre toplam kalite yönetimi algısı farklılık göstermektedir.
- H₃₂: Cinsiyete özelliklere göre toplam kalite yönetimi algısı farklılık göstermektedir.
- H₃₃: Öğrenim durumuna göre toplam kalite yönetimi algısı farklılık göstermektedir.
- H₃₄: Çocuk sayısına göre toplam kalite yönetimi algısı farklılık göstermektedir.
- H₃₅: Meslekteki yılına göre toplam kalite yönetimi algısı farklılık göstermektedir.
- H₃₆: Mesleği severek yapma durumuna göre toplam kalite yönetimi algısı farklılık göstermektedir.
- H₃₇: Çalışma şekline göre toplam kalite yönetimi algısı farklılık göstermektedir.
- H₃₈: Daha önce çalışılan bölgeye göre toplam kalite yönetimi algısı farklılık göstermektedir.

5.4. Araştırma Modeli

Araştırmada betimsel tarama modeli kullanılmıştır. Mevcut durumların tespit edilmesinde sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir. Üzerinde çalışılan örneklemden elde edilen bulgular doğrultusunda varsayımların testi yapılmaktadır (Karasar, 2005).

Araştırmanın modeli ve elde edilen korelasyon katsayıları aşağıda verilmiştir.



Şekil 4. Araştırma Modeli

5.5. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Tire Devlet Hastanesi personeli oluşturmaktadır. Tire Devlet Hastanesi'nde 2016 yılı itibariyle 391 personel çalışmaktadır. Bununla beraber çalışmanın konusu itibariyle sağlık personeli içinde yalnızca hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim halinde olan personel sayısı dikkate alınmıştır. Bu bağlamda Tire Devlet Hastanesi'nde aktif çalışan; 363 kişinin 28 kişisi görevli izin, özlük izin, rapor, mazeret izni, asker ve doğum izni olmak üzere ankete katılım sağlamamıştır. 58 kişisi ameliyathane ve yoğun bakım servisinde bulunan sağlık personelinin hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim halinde olmaması nedeniyle bu personel araştırmaya dahil edilmemiştir. Müdür müdür yardımcısı, eczacı, memur, şef, şöför, veri hazırlama kontrol işletmeni, kadrolu personel, terzi, tekniker ve teknisyen olmak üzere 41 kişi araştırmada yer almamıştır. 50 kişisi temizlik personeli olup, bu hastanede çalışan 4 geçici işçide araştırmaya katılmamıştır. Hasta ve hasta yakınlarıyla direkt iletişim halinde olan personel sayısı 210'dur. Bu evren dahilinde aşağıdaki formül ile örneklemin en az 173 kişiden oluşması gerektiği sonucuna varılmıştır.

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot Z_{\alpha}^2}{(N-1) \cdot d^2}$$

n: Evren birim sayısı, n: Örneklem büyüklüğü
P: Evrendeki X'in gözlenme oranı, Q (1-P): X'in gözlenmeme oranı
 Z_{α} : $\alpha = 0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri
d= Örneklem hatası
 σ = Evren standart sapması
 $t_{\alpha, sd}$ = sd serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir (sd=n-1).

Formülle ilgili örnek tablo aşağıda verilmiştir.

Tablo 2. Örneklem Hesabı Tablosu

Evren Büyüklüğü	+ 0.03 örnekleme hatası (d)			+0.05 örnekleme hatası (d)			+0.10 örnekleme hatası (d)		
	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q= 0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q= 0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q= 0.2	p=0.3 q=0.7
100	92	87	90	80	71	77	49	38	45
210	245	180	169	140	115	125	55	40	48
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1000000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100 milyon	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

Kaynak: Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004.

Araştırmanın örneklemini basit tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilmiş 173 sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 210 anket sağlık personeline dağıtılmış ancak yalnızca 173 sağlık personeli geri dönmüştür. 173 kişi %95 güven düzeyinde güvenilir bir örneklem sayısıdır.

5.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel bilgilere ilişkin sorular, ikinci bölümde siddete maruz kalma durumuna ilişkin sorular, üçüncü bölümde “İletişim Becerileri Envanteri” ve dördüncü bölümde “Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği” kullanılmıştır.

İletişim Becerileri Envanteri: Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından son hali verilen envanter likert tipi 45 sorudan oluşmaktadır. Envanter zihinsel, duygusal ve davranışsal açıdan iletişim becerilerini ölçmektedir. Maddeler, “Her Zaman”, “Genellikle”, “Bazen”, “Nadiren”, “Hiçbir Zaman” olarak yanıtlanmaktadır. Her zaman 5, Hiçbir zaman 1, şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek sağlık çalışanlarına uyarlanmıştır. Uyarılama

sonucunda ölçeğin Cronbach's Alpha katsayıları zihinsel alt boyut için 0,81, duygusal alt boyutu için 0,82 ve davranışsal alt boyutu için 0,80 olarak tespit edilmiştir. Zihinsel, duygusal ve davranışsal alt boyutlarının her biri 15 sorudan oluşmaktadır. Alt boyutlar için katılımcıların alabileceği en düşük puan 15 ve en yüksek puan 75'dir. 30 puanın altı iletişim becerilerinin zayıf, 31-45 puan iletişim becerilerinin orta ve 46 puan üzeri iletişim becerilerinin güçlü olduğunu göstermektedir.

Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği: Ölçek Turan (2011) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri olmak üzere üç alt boyuttan meydana gelmektedir. Cronbach's Alpha katsayıları mevcut uygulama alt boyut için 0,82, liderlik yönetimi alt boyutu için 0,83 ve personel ilişkileri alt boyutu için 0,82 olarak tespit edilmiştir. Mevcut uygulama alt boyutu 5 sorudan oluşmakta, en düşük puan 5 ve en yüksek puan 25 olmaktadır. 15 puanın altı mevcut uygulamaların yetersiz olduğunu gösterirken, 15 puan ve üzeri mevcut uygulamaların yeterli olduğunu göstermektedir. Liderlik yönetimi alt boyutu 5 sorudan oluşmakta, en düşük puan 5 ve en yüksek puan 25 olmaktadır. 15 puanın altı liderlik yönetimi yetersiz olduğunu gösterirken, 15 puan ve üzeri liderlik yönetiminin yeterli olduğunu göstermektedir. Personel ilişkileri alt boyutu 4 sorudan oluşmakta, en düşük puan 4 ve en yüksek puan 20 olmaktadır. 12 puanın altı personel ilişkilerinin yetersiz olduğunu gösterirken, 12 puan ve üzeri personel ilişkilerinin yeterli olduğunu göstermektedir.

Araştırmada şiddete yönelik sorular ise tanımlayıcı niteliktedir. Sağlık personelinin ne tür şiddete kimler tarafında maruz kaldığını saptamak adına hazırlanmıştır.

5.7. Veri Analizi

Araştırmada veri analizi SPSS 16 paket programında yapılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Ayrıca hipotez testleri için t testi, ANOVA testi ve regresyon analizi yapılmıştır.

5.8. Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları şu şekildedir:

- Araştırma yalnızca Tire Devlet Hastanesi ile sınırlıdır.
- Araştırma kullanılan anket formu ile sınırlıdır. Başka veri toplama aracı kullanılmamıştır.

5.9. Araştırmanın Bulguları

Araştırmanın bu bölümünde anket formu aracılığıyla elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

5.9.1. Kişisel Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 3. Yaşa İlişkin Bulgular

	n	%
18-20	12	6,9
21-30	30	17,3
31-40	85	49,1
41 yaş üzeri	46	26,6
Toplam	173	100,0

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %6,9'u 18-20 yaş, %17,3'ü 21-30 yaş, %49,1'i 31-40 yaş ve %26,6'sı 41 yaş üzerindedir.

Tablo 4. Cinsiyete İlişkin Bulgular

	n	%
Kadın	130	75,1
Erkek	43	24,9
Toplam	173	100,0

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %75,1'i kadın ve %24,9'u erkektir.

Tablo 5. Öğrenim Durumuna İlişkin Bulgular

	n	%
Lise	21	12,1
Önlisans	76	43,9
Lisans	60	34,7
Yüksek Lisans	16	9,2
Toplam	173	100,0

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %12,1'i ortaöğretim, %43,9'u önlisans, %34,7'si lisans ve %9,2'si yüksek lisans mezunudur.

Tablo 6. Medeni Duruma İlişkin Bulgular

	n	%
Evli	35	20,2
Bekar	138	79,8
Toplam	173	100,0

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %20,2'si evli ve %79,8'i bekindir.

Tablo 7. Çocuk Sayısına İlişkin Bulgular

	n	%
Yok	49	28,3
1	79	45,7
2	30	17,3
3 ve üzeri	15	8,6
Toplam	173	100,0

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %28,3'ünün çocuğu yoktur. %45,7'sinin 1 çocuğu, %17,3'ünün 2 çocuğu ve %8,6'sının 3 ve üzeri çocuğu vardır.

Tablo 8. Çalışma Sürelerine İlişkin Bulgular

	n	%
0-5	34	19,7
6-10	34	19,7
11-15	30	17,3
16-20	40	23,1
20 üzeri	35	20,2
Toplam	173	100,0

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %19,7'si 5 yıldan az, %19,7'si 6-10 yıl, %17,3'ü 11-15 yıl, %23,1'i 16-20 yıl ve %20,2'si 20 yıl ve üzeri zamandır aynı meslekte çalışmaktadır.

Tablo 9. Mesleği Severek Yapma Durumuna İlişkin Bulgular

	n	%
Evet	127	73,4
Hayır	46	26,6
Toplam	173	100,0

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %73,4'ü mesleğini severek yaparken, %26,6'sı mesleğini severek yapmamaktadır.

Tablo 10. Daha Önce Çalışılan Bölgeye İlişkin Bulgular

Yıllar		Ege Bölgesi	Marmara Bölgesi	Akdeniz Bölgesi	Karadeniz Bölgesi	İç Anadolu Bölgesi	Doğu Anadolu Bölgesi	Toplam
0-5	n	43	14	13	1	3	1	160
	%	39,4	37,8	100,0	20,0	50,0	33,3	
6-10	n	24	16	-	3	1	1	160
	%	22,0	43,2	-	60,0	16,7	33,3	
11-15	n	12	1	-	-	-	-	160
	%	11,0	2,7	-	-	-	-	
16-20	n	8	2	-	-	1	-	160
	%	7,3	5,4	-	-	16,7	-	
20-(+)	n	11	3	-	1	1	-	160
	%	10,1	8,1	-	20,0	16,7	-	
Toplam	n	98	36	13	5	6	2	160
	%	61,2	22,5	8,1	3,1	3,8	1,2	

Araştırmaya katılan 13 kişi bu soruya yer değiştirmedikleri için cevap vermemiştir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %61,2'si daha önce Ege Bölgesi'nde çalışmışken, %22,5'i daha önce Marmara Bölgesi'nde çalışmıştır.

Tablo 11. Çalışma Şekline İlişkin Bulgular

	n	%
Devamlı gündüz	57	32,9
Nöbet usulü	100	57,8
İcapçı	9	5,2
Vardiya/Aylık Rotasyon	7	4,1
Toplam	173	100,0

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %32,9'u devamlı gündüz şeklinde, %57,8'i nöbet usulü, %5,2'i icapçı, %4,1'i vardiya/aylık rotasyon şeklinde çalışmaktadır.

5.9.2. İletişim Becerilerine İlişkin Bulgular

Tablo 12. İletişim Becerileri Tanımlayıcı İstatistikler

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Hata
1- Hastaları anlamaya çalışırım.	173	1	5	3,51	,797
2- İletişimde bulunduğum hastalardan gelen öğüt ve önerileri içtenlikle dinlerim	173	1	5	3,71	,876
3- Hastalık veya sorunla ilgili düşüncelerimi başkalarına tam olarak iletmede zorluk çekmem.	173	1	5	3,40	,721
4- Konuşurken, etkili bir göz iletişimi kurabilirim.	173	1	4	3,43	,676
5- Dikkatimi hasta ve yakınlarının ilgi alanı üzerinde toplayabilirim.	173	1	4	3,42	,683
6- Kişilerin, anlatmak istediklerini dinlemek için yeterince zaman ayırırım.	173	1	5	3,82	,926
7- Karşımdaki hastaya genellikle söz hakkı vermek istemem.	173	1	5	1,83	1,435
8- Karşımdaki kişiyi dinlerken hayal kurarım.	173	1	5	1,60	1,355
9- Hastalar konuşurken sabırlı olur, onların sözünü kesmem.	173	1	5	3,78	,975
10- Hastaları dinlerken sıkıldığımı hissedirim.	173	1	5	2,93	1,292
11 -Öneri ve eleştirilerimi karşımdaki kişiyi incitmeden iletirim.	173	1	5	3,70	,995
12- Konuşurken ilk adımı atmaktan çekinmem.	173	1	5	3,39	,759
13- Konuşurken açık, sade ve düzgün cümleler kurarım. Hasta ve yakınlarının anlamasını beklerim.	173	1	5	2,52	,888
14- Karşımdaki kişiyle aynı görüşü paylaşmazsam bile fikirlerine saygı duyarım	173	1	5	2,55	,852
15- İletişimde bulunduğum kişinin yüzüne baktığım halde sözlerini dinlemediğim olur.	173	1	5	2,90	1,445
16- Karşımdaki kişinin anlamaya ve dinlenmeye istekli olup olmadığını anlamaya çalışırım.	173	1	5	2,84	1,010
17- Yanlış tutum ve davranışlarımı kolaylıkla kabul ederim.	173	1	5	2,07	1,194
18- Dinlediğim kişiyi daha iyi anlamak için sorular yöneltirim.	173	1	5	2,72	,980
19- Dinleyenim anlamaz görüldüğünde, iletmek istediklerimi tekrarlar, yeni kelimelerle ifade eder, özetlerim.	173	1	5	2,62	,955
20- onlarla görüşürken, bilerek onları rahatlatmak için şeyler yaparım.	173	1	5	2,68	,920
21- Dinlerken, karşımdaki kişinin sözünü kesmemeye özen gösteririm.	173	1	5	2,54	,796
22- Hasta ile ilgili bilgi aktarmak istediğimde küs olduğum birisine ilk adımı atmaktan çekinmem.	173	1	5	2,76	,998
23- Karşımdaki kişinin duygu ve düşünceleri bana ters düşse bile yargılamam.	173	1	5	2,75	1,015
24- Ses tonumu konunun özelliğine göre ayarlayabilirim.	173	1	5	2,51	,826

Tablo 12 (Devamı). İletişim Becerileri Tanımlayıcı İstatistikler

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Hata
25-Genellikle insanlara güvenirim.	173	1	5	2,72	1,226
26- İletişim kurduğum kişinin karşı cinsten olmasından rahatsızlık duymam.	173	1	5	2,88	1,115
27- İletişim içerisinde olduğum kişileri dinlemek mecburiyetinde olmadığımı düşünürüm.	173	1	5	1,34	1,492
28-Hastaları dinlemek mecburiyetinde olmadığımı düşünürüm.	173	1	5	1,80	1,316
29- İşle ilgili hata yaptığımda özür dilemek bana zor gelir.	173	1	5	1,50	1,465
30- Anlatım sonunda, savunduğum düşüncelerin yanlış olduğunu kabul edebilirim.	173	1	5	1,01	1,210
31- Hastalık, teşhis, sistem ve iş aktarımı ile konuşurken sözümün kesilmesinden rahatsız olurum.	173	1	5	2,82	,998
32- Doğru anlayıp anlamadığımı kontrol etmeye çalışırım.	173	1	5	3,57	,897
33- İletişim kurduğum kişinin tutumundan daha çok sorununu anlamaya çalışırım.	173	1	5	3,71	,883
34- Çevremdekiler, hastalara karşı ilgisiz kaldığım kanısındalar.	173	1	5	1,84	1,484
35- Çoğunlukla duygularımdan emin olamıyorum.	173	1	5	1,58	1,451
36- İletişim kurduğum hasta veya yakını tarafından bir defada anlaşılmaktan mutluluk duyarım.	173	1	5	3,56	1,112
37 -Hasta veya yakınları ile ilişkilerimi bozacak çıkışlar yapabilirim.	173	1	5	1,70	1,386
38- Karşımdaki kişiye güvenmek beni mutlu eder.	173	1	5	3,56	,950
39- Her hastayı olumlu beklentilerle karşılarım.	173	1	5	3,78	,963
40- İletişim kurduğum kimselere bir şeyler verdiğimi hissedirim.	173	1	5	3,50	,819
41- İletişim içinde bulunduğum insanlara cevaplama zorlanacakları ani sorular yöneltmem.	173	1	5	3,79	1,097
42- Beni rahatsız eden duygularımı iletmekte sıkıntı çekmem.	173	1	5	3,92	,961
43- Öneride bulunduğum kişinin öneriye açık olup olmadığına dikkat ederim.	173	1	4	3,53	,669
44- İletişim kurduğum hastalar tarafından anlaşıldığımı hissedirim.	173	1	5	3,56	,749
45- Kendimi karşımdaki hastanın yerine koyarak, duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışırım.	173	1	4	3,29	,570
Zihinsel	173	18,00	43,00	29,97	5,217
Duygusal	173	18,00	52,00	32,81	5,882
Davranışsal	173	15,00	46,00	31,18	5,394

Sağlık personelinin iletişim becerileri algıları incelendiğinde olumlu yargıların ortalama puanlarının 4'ün altında ve olumsuz yargıların ortalama puanlarının 2'in altında olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık personelinin ortalama bir iletişim becerisi algısına sahip olduğunu göstermektedir.

Yaş ve iletişim becerileri algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, iletişim becerileri alt boyutları olan zihinsel, duygusal ve davranışsal algıları ile yaş arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personelinin yaşı, iletişim becerileri üzerinde etkili değildir. Ergül (2013) çalışmasında sağlıkta iletişimde yaşı önemli bir faktör olmadığını belirtmiştir. Benzer şekilde Kumcağız vd. (2011) çalışmasında yaşa bağlı olarak hemşirelerin iletişim becerilerinin değişmediğini tespit etmiştir.

Cinsiyet ve iletişim becerileri algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, iletişim becerileri alt boyutları olan zihinsel, duygusal ve davranışsal algıları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline cinsiyetine bağlı olarak zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerileri algıları farklılık göstermemektedir. Kadın ve erkek sağlık personelinin iletişim becerileri arasında farklılık yoktur. Avcı ve Sönmez (2013) çalışmalarında kişilerin sağlık iletişimlerinde cinsiyetin önemli bir faktör olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 13. Öğrenim Durumu ve İletişim Becerileri İlişkisi

		Ortalama	F	p
Zihinsel	Lise	30,42	4,548	0,004
	Önlisans	29,51		
	Lisans	30,94		
	Yüksek Lisans	33,91		
Duygusal	Lise	32,71	1,609	0,198
	Önlisans	32,06		
	Lisans	33,03		
	Yüksek Lisans	35,56		
Davranışsal	Lise	32,61	2,848	0,063
	Önlisans	30,01		
	Lisans	32,22		
	Yüksek Lisans	31,00		

Öğrenim durumu ve iletişim becerileri algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, iletişim becerileri alt boyutları olan duygusal ve davranışsal algıları ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline öğrenim durumuna bağlı olarak duygusal ve davranışsal iletişim becerileri algıları farklılık göstermemektedir. Bununla beraber öğrenim durumu ve iletişim becerileri alt boyutu olan zihinsel iletişim becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Lise ile önlisans mezunu olanların hemen hemen aynı değerlere

sahip olmasının bir sebebi ise orta öğretim mezunu olanların atama ve meslekte yükselme sebebi ile çalışanlara uzaktan eğitim hakkının verilmesi hem çalışıp hem okumak durumundaki sağlık çalışanının bu basamağı sadece kademedeki ilerleme/ özlük iyileştirme için bir fırsat olarak görmesi olabilir.

Tablo 14. Öğrenim Durumu ve İletişim Becerileri İlişkisi Tukey Testi

	(I) öğrenim	(J) öğrenim	Mean Difference (I-J)	Std. Hata	p.
Zihinsel	Lise	Önlisans	1,91541	1,24762	,419
		Lisans	-,51880	1,29185	,978
		Yüksek Lisans	-2,38393	1,67936	,004
	Önlisans	Lise	-1,91541	1,24762	,419
		Lisans	-2,43421	,88674	,064
		Yüksek Lisans	-4,29934	1,39200	,013
	Lisans	Lise	,51880	1,29185	,978
		Önlisans	2,43421	,88674	,074
		Yüksek Lisans	-1,86513	1,43178	,003
	Yüksek Lisans	Lise	2,38393	1,67936	,004
		Önlisans	4,29934	1,39200	,013
		Lisans	1,86513	1,43178	,003
Duygusal	Lise	Önlisans	,64672	1,44662	,970
		Lisans	-,31905	1,48346	,996
		Yüksek Lisans	-2,84821	1,94156	,460
	Önlisans	Lise	-,64672	1,44662	,970
		Lisans	-,96577	1,01644	,778
		Yüksek Lisans	-3,49493	1,61311	,137
	Lisans	Lise	,31905	1,48346	,996
		Önlisans	,96577	1,01644	,778
		Yüksek Lisans	-2,52917	1,64623	,418
	Yüksek Lisans	Lise	2,84821	1,94156	,460
		Önlisans	3,49493	1,61311	,137
		Lisans	2,52917	1,64623	,418
Davranışsal	Lise	Önlisans	2,60589	1,31282	,198
		Lisans	,39871	1,35314	,991
		Yüksek Lisans	1,61905	1,76712	,796
	Önlisans	Lise	-2,60589	1,31282	,198
		Lisans	-2,20718	,92399	,083
		Yüksek Lisans	-,98684	1,46474	,907
	Lisans	Lise	-,39871	1,35314	,991
		Önlisans	2,20718	,92399	,083
		Yüksek Lisans	1,22034	1,50100	,848
	Yüksek Lisans	Lise	-1,61905	1,76712	,796
		Önlisans	,98684	1,46474	,907
		Lisans	-1,22034	1,50100	,848

Post Hoc testlerinden Tukey testine göre yüksek lisans mezunu sağlık personelinin zihinsel iletişim becerileri algısı, diğer sağlık personeline göre daha yüksektir. Eğitim durumun yüksek olması zihinsel iletişim becerileri üzerinde olumlu etki yaratmaktadır. Kumcağız vd. (2011) çalışmalarında hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça davranışsal iletişim becerilerinin güçlendiği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Tija vd. (2009) çalışmalarında iletişim becerilerinin eğitimle güçlendiğini tespit etmişlerdir. Tutuk ve Doğan (2002) çalışmalarında ise eğitimin iletişim becerilerinin yükseltilmesinde önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 15. Medeni Durum ve İletişim Becerileri İlişkisi

		Ortalama	t	p
Zihinsel	Evli	33,28	4,139	0,000
	Bekar	29,22		
Duygusal	Evli	33,82	1,132	0,259
	Bekar	32,56		
Davranışsal	Evli	32,60	1,730	0,085
	Bekar	30,83		

Medeni durum ve iletişim becerileri algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, iletişim becerileri alt boyutları olan duygusal ve davranışsal algıları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline medeni durumuna bağlı olarak duygusal ve davranışsal iletişim becerileri algıları farklılık göstermemektedir. Bununla beraber medeni durum ve iletişim becerileri alt boyutu olan zihinsel iletişim becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre evli sağlık personelinin zihinsel iletişim becerileri algısı, diğer sağlık personeline göre daha yüksektir. Evli bireylerin ailelerinde üstlenmiş oldukları sorumluluklar ve aile içi iletişimin etkisi, zihinsel iletişim üzerinde olumlu etki yaratıyor olabilir. Kumcağız vd. (2011) çalışmalarında hemşirelerin medeni durumlarına göre iletişim becerilerinin değişmediğini tespit etmiştir. Benzer şekilde Ayrancı vd. (2002) çalışmalarında iletişim becerilerinde medeni durumun etkili olmadığını belirtmiştir.

Tablo 16. Çocuk Sayısı ve İletişim Becerileri İlişkisi

		Ortalama	F	p
Zihinsel	Yok	29,22	4,485	0,005
	1	29,58		
	2	28,50		
	3 ve üzeri	33,10		
Duygusal	Yok	32,04	0,825	0,482
	1	32,65		
	2	34,14		
	3 ve üzeri	33,80		
Davranışsal	Yok	31,81	0,688	0,561
	1	30,78		
	2	30,00		
	3 ve üzeri	31,70		

Çocuk sayısı ve iletişim becerileri algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, iletişim becerileri alt boyutları olan duygusal ve davranışsal algıları ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline çocuk sayısına bağlı olarak duygusal ve davranışsal iletişim becerileri algıları farklılık göstermemektedir. Bununla beraber çocuk sayısı ve iletişim becerileri alt boyutu olan zihinsel iletişim becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Post Hoc testlerinden Tukey testine göre 3 ve üzeri çocuğu olan sağlık personelinin zihinsel iletişim becerileri algısı, diğer sağlık personeline göre daha yüksektir. Çocuk sayısı arttıkça zihinsel iletişim becerisi artmaktadır. Çocuğu olmayan sağlık personelinin zihinsel iletişim becerisi algısı en düşüktür. Çocuklu ailelerin kalabalık yapıları, iletişim becerilerini güçlendiriyor olabilir. Kumcağız vd. (2011) çalışmalarında hemşirelerin çocuk durumlarına göre iletişim becerilerinin değişmediğini tespit etmiştir. Ergül (2013) çalışmasında ise etkili iletişime sahip olanların genellikle kalabalık aile ve çevreden geldiklerini belirtmiştir.

Tablo 17. Çocuk Sayısı ve İletişim Becerileri İlişkisi Tukey Testi

	(I) çocuk	(J) çocuk	Mean Difference (I-J)	Std. hata	p
Zihinsel	Yok	1	-,35779	,92074	,980
		2	,72449	1,53444	,965
		3 ve üzeri	-3,88265*	1,19953	,008
	1	Yok	,35779	,92074	,980
		2	1,08228	1,46827	,882
		3 ve üzeri	-3,52486*	1,11363	,010
	2	Yok	-,72449	1,53444	,965
		1	-1,08228	1,46827	,882
		3 ve üzeri	-4,60714*	1,65739	,031
	3 ve üzeri	Yok	3,88265*	1,19953	,008
		1	3,52486*	1,11363	,010
		2	4,60714*	1,65739	,031
Duygusal	Yok	1	-,61218	1,08076	,942
		2	-2,10119	1,78946	,644
		3 ve üzeri	-1,76478	1,35745	,564
	1	Yok	,61218	1,08076	,942
		2	-1,48901	1,70999	,820
		3 ve üzeri	-1,15261	1,25082	,793
	2	Yok	2,10119	1,78946	,644
		1	1,48901	1,70999	,820
		3 ve üzeri	,33641	1,89702	,998
	3 ve üzeri	Yok	1,76478	1,35745	,564
		1	1,15261	1,25082	,793
		2	-,33641	1,89702	,998
Davranışsal	Yok	1	1,03428	,98597	,721
		2	1,81633	1,63914	,685
		3 ve üzeri	,10665	1,24129	1,000
	1	Yok	-1,03428	,98597	,721
		2	,78205	1,56997	,959
		3 ve üzeri	-,92763	1,14840	,851
	2	Yok	-1,81633	1,63914	,685
		1	-,78205	1,56997	,959
		3 ve üzeri	-1,70968	1,74169	,760
	3 ve üzeri	Yok	-,10665	1,24129	1,000
		1	,92763	1,14840	,851
		2	1,70968	1,74169	,760

Meslekteki yıl ve iletişim becerileri algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, iletişim becerileri alt boyutları olan zihinsel, duygusal ve davranışsal algıları ile meslekteki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline meslekteki yılına bağlı olarak zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerileri algıları farklılık göstermemektedir. Kumcağız vd. (2011) çalışmasında iletişim becerilerinin hizmet yılına göre arttığını tespit etmiştir. Benzer şekilde Bakan ve Büyükbeşe (2004) çalışmalarında örgütte çalışma yılının iletişim becerileri ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Mesleği severek yapma ve iletişim becerileri algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, iletişim becerileri alt boyutları olan zihinsel, duygusal ve davranışsal algıları ile mesleği severek yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline mesleği severek yapma durumuna bağlı olarak zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerileri algıları farklılık göstermemektedir. Mesleğin gerekliliklerinin ve mesleğe olan saygının, mesleği isteyerek seçme veya seçmeme durumuna göre farklılık göstermeyeceği sebebiyle iletişim algıları da farklılık göstermiyor olabilir. Benzer şekilde Kumcağız vd. (2011) çalışmasında hemşirelerin mesleği isteyerek seçmeleri veya seçmemelerinden kaynaklı olarak iletişim becerilerinin farklılık göstermediğini belirtmiştir. Babadağlı vd. (2006) çalışmalarında mesleği isteyerek seçen veya seçmeyen sağlık personelinin mesleğin gerekliliklerini yerine getirme algılarının farklılaşmadığını belirtmiştir.

Çalışma şekli ve iletişim becerileri algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, iletişim becerileri alt boyutları olan zihinsel, duygusal ve davranışsal algıları ile çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline çalışma şekline bağlı olarak zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerileri algıları farklılık göstermemektedir. Kumcağız vd. (2011) çalışmasında hemşirelerin çalışma şekillerine göre iletişim becerilerinin farklılaşmadığını tespit etmiştir. Benzer şekilde Babadağlı vd. (2006) çalışmalarında nöbet usulü çalışan veya çalışmayan sağlık personelinin mesleğin gerekliliklerini yerine getirme algılarının farklılaşmadığını belirtmiştir.

Daha önce çalışılan bölge ve iletişim becerileri algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, iletişim becerileri alt boyutları olan zihinsel, duygusal ve davranışsal algıları ile daha önce çalışılan bölge arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personelinin daha önce çalıştığı bölgeye bağlı olarak zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerileri algıları farklılık göstermemektedir. Bu konuda daha önce yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

5.9.3. Şiddet Olaylarına İlişkin Bulgular

Tablo 18. Hangi Şiddete Hangi Cinsiyet Grubu Tarafından Maruz Kalındığına İlişkin Bulgular

	Kadın		Erkek		Kadın ve erkek-aynı anda		Kadın ve erkek-farklı zamanda	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fiziksel şiddet	2	1,2	13	7,5	3	1,7	2	1,2
Sözel saldırı	20	11,6	72	41,6	21	12,1	55	31,8
Hakaret	11	6,4	67	38,7	25	14,5	46	26,6
Küfür	2	1,2	15	8,7	3	1,7	4	2,3
Aşağılama	16	9,2	77	44,5	21	12,1	45	26,0
Mobbing	-	-	-	-	-	-	-	-
Cinsel taciz	-	-	1	0,6	-	-	-	-

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %1,2'si kadın tarafından ve %7,5'i erkek tarafından fiziksel şiddete uğrarken, %1,7'si kadın ve erkeğin aynı anda uyguladığı ve %1,2'si kadın ve erkeğin farklı zamanlarda uyguladığı fiziksel saldırıya maruz kalmıştır. Sağlık personelinin %11,6'sı kadın tarafından ve %41,6'sı erkek tarafından sözel saldırıya uğrarken, %12,1'i kadın ve erkeğin aynı anda uyguladığı ve %31,8'i kadın ve erkeğin farklı zamanlarda uyguladığı sözel saldırıya maruz kalmıştır. Sağlık personelinin %6,4'ü kadın tarafından ve %37,8'i erkek tarafından yapılan hakarete maruz kalmışken, %14,5'i kadın ve erkeğin aynı anda uyguladığı ve %16,6'sı kadın ve erkeğin farklı zamanlarda uyguladığı hakarete maruz kalmıştır. Sağlık personelinin %1,2'si kadın tarafından ve %8,7'si erkek tarafından yapılan küfüre maruz kalmışken, %1,7'si kadın ve erkeğin aynı anda uyguladığı ve %2,3'ü kadın ve erkeğin farklı zamanlarda uyguladığı küfüre maruz kalmıştır. Sağlık personelinin %9,2'si kadın tarafından ve %44,5'i erkek tarafından yapılan aşağılamaya maruz kalmışken, %12,1'i kadın ve erkeğin aynı anda uyguladığı ve %26'sı kadın ve erkeğin

farklı zamanlarda uyguladığı aşağılamaya maruz kalmıştır. Sağlık personeli içinde 1 kişi cinsel tacize uğramıştır. Cinsel tacize uğrayan kişi bir kadındır ve cinsel taciz uygulayıcısı bir erkektir. Annagür (2010) çalışmasında sağlık sektöründe çalışanların en fazla fiziksel ve sözel saldırılara maruz kaldıklarını belirtmiştir. Çakır vd. (2014) çalışmasında kadına yönelik şiddetin tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de önemli bir yere sahip olduğunu belirtmiştir.

Tablo 19. Şiddete Maruz Kalınan Kişiye İlişkin Bulgular

	Hasta		Hasta yakını		Hasta ve hasta yakını beraber		İş arkadaşı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fiziksel şiddet	-	-	13	7,5	10	5,8	-	-
Sözel saldırı	26	15,0	41	23,7	95	54,9	6	3,5
Mobbing	-	-	-	-	-	-	-	-
Cinsel taciz	-	-	-	-	-	-	1	0,6

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %7,5'i hasta yakınının ve %5,8'i hasta ve hasta yakınının beraber uyguladığı fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Sağlık personelinin %15'i hastanın, %23,7'si hasta yakınının, %54,9'u hasta ve hasta yakınının beraber uyguladığı sözel saldırıya maruz kalmıştır. Ayrıca %3,5'i iş arkadaşı tarafından uygulanan sözel saldırıya maruz kalmıştır. Yapılan araştırmada yalnızca 1 sağlık personeli cinsel tacize maruz kalmıştır. Cinsel taciz mağduru olan sağlık personeli bir kadındır ve cinsel taciz iş arkadaşı tarafından uygulanmıştır. Çakır vd. (2014) çalışmasında kadınların daha fazla şiddet olaylarına maruz kaldıklarını belirtmiştir. Bu durumun nedeni ise toplumsal önyargılar ve kadının iş hayatına karşı olumsuz tutumların beslenmesi olarak açıklanmaktadır. Benzer şekilde Çöl (2007) çalışmasında kadına yönelik şiddetin önemli bir problem olduğunu ve çalışma hayatını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

5.9.4. Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Bulgular

Tablo 20. Toplam Kalite Yönetimi Tanımlayıcı İstatistikler

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Hata
1. Hastane yönetimi ve her kademedeki yönetici hastanenin kalite performansından hangi ölçüde sorumlu olduğunu bilir.	173	1	5	3,01	1,353
2. Hastane yönetimi ve her kademedeki yönetici hastanenin kalite geliştirme sürecine katılır.	173	1	5	2,62	1,264
3. Hastane yönetimi ve her kademedeki yönetici hastanenin kalite geliştirme sürecini destekler.	173	1	5	3,08	1,422
4. Hastane yönetimi ve her kademedeki yönetici hastanenin kalite performansı konusundaki kendi sorumluluğunu kabullenmiştir.	173	1	5	2,72	1,323
5. Hastane yönetimi ve her kademedeki yönetici birbirlerinin hastanenin kalite performansı konusundaki sorumluluğunu kabullenmiştir.	173	1	5	2,45	1,222
6. Bilginin örgüt içerisinde paylaşımı, sosyal ve teknolojik iletişim kanallarıyla gerçekleşmektedir.	173	1	5	3,03	1,351
7. Bilgiyi sağlayan kişinin bilgiyi alan kişilerin de, bu bilgiyi uygun bir şekilde kullanacağına güvenebilmesi bilgi paylaşımını kolaylaştırır.	173	1	5	2,65	1,477
8. Ünite/birimler arası iletişim sorunları bilgi paylaşımını engeller.	173	1	5	2,61	1,315
9. Hastanede tüm çalışanlar arasındaki bilgi paylaşımı desteklenir.	173	1	5	2,58	1,157
10. Bilginin sağlıklı bir şekilde paylaşılabilmesi için örgüt kültürünün bilgi paylaşımına açık olması gerekir.	173	1	5	2,80	0,876
Mevcut Uygulama	173	5,00	25,00	13,86	5,323
Liderlik Yönetimi	173	5,00	18,00	10,68	3,750
Personel İlişkileri	173	4,00	15,00	7,98	2,802

Araştırma katılan sağlık personelinin toplam kalite yönetimi algısına ilişkin bulgular incelendiğinde, toplam kalite yönetimi algısına ilişkin yargıların ortalama puanlarının 2,5 ile 3,5 arasında değiştiği görülmektedir. Bu durum sağlık personelinin toplam kalite yönetimi algısının ortalama düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

Yaş ve toplam kalite yönetimi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri algıları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir.

($p>0,05$). Sağlık personeline yaşına bağlı olarak mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algıları farklılık göstermemektedir. Sağlık personelinin yaşı, toplam kalite yönetimi algısı üzerinde etkili değildir. Bekaroğlu (2005) çalışmasında toplam kalite yönetimi algılarının çalışanların yaşına göre farklılaşmadığını belirtmiştir.

Cinsiyet ve toplam kalite yönetimi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri algıları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline cinsiyetine bağlı olarak mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algıları farklılık göstermemektedir. Seren ve Baykal (2007) çalışmalarında toplam kalite yönetimi algısının cinsiyete göre farklılaşmadığını tespit etmiştir.

Tablo 21. Öğrenim Durumu ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi

		Ortalama	F	p
Mevcut Uygulama	Lise	11,00	2,435	0,067
	Önlisans	14,06		
	Lisans	14,50		
	Yüksek Lisans	14,25		
Liderlik Yönetimi	Lise	10,95	2,473	0,063
	Önlisans	10,67		
	Lisans	11,75		
	Yüksek Lisans	10,50		
Personel İlişkileri	Lise	6,76	4,967	0,028
	Önlisans	7,76		
	Lisans	8,11		
	Yüksek Lisans	10,12		

Öğrenim durumu ve toplam kalite yönetimi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut durum ve liderlik yönetimi algıları ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline öğrenim durumuna bağlı olarak mevcut durum ve liderlik yönetimi toplam kalite yönetimi algıları farklılık göstermemektedir. Bununla beraber öğrenim durumu ve toplam kalite yönetimi alt boyutu olan personel ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Tablo 22. Öğrenim Durumu ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi Tukey Testi

Dependent Variable	(I) öğrenim	(J) öğrenim	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Mevcut uygulama	Lise	Önlisans	-3,06579	1,29631	,088
		Lisans	-3,50000	1,33320	,056
		Yüksek Lisans	-3,25000	1,74490	,248
	Önlisans	Lise	3,06579	1,29631	,088
		Lisans	-,43421	,90808	,964
		Yüksek Lisans	-,18421	1,44633	,999
	Lisans	Lise	3,50000	1,33320	,056
		Önlisans	,43421	,90808	,964
		Yüksek Lisans	,25000	1,47948	,998
	Yüksek Lisans	Lise	3,25000	1,74490	,248
		Önlisans	,18421	1,44633	,999
		Lisans	-,25000	1,47948	,998
Liderlik Yönetimi	Lise	Önlisans	-,71867	,42615	,334
		Lisans	-,79762	,43828	,268
		Yüksek Lisans	-1,54762	,57362	,058
	Önlisans	Lise	,71867	,42615	,334
		Lisans	-,07895	,29852	,994
		Yüksek Lisans	-,82895	,47547	,305
	Lisans	Lise	,79762	,43828	,268
		Önlisans	,07895	,29852	,994
		Yüksek Lisans	-,75000	,48637	,415
	Yüksek Lisans	Lise	1,54762	,57362	,058
		Önlisans	,82895	,47547	,305
		Lisans	,75000	,48637	,415
Personel İlişkileri	Lise	Önlisans	-1,00125	,66818	,441
		Lisans	-1,35476	,68720	,203
		Yüksek Lisans	-3,36310*	,89941	,001
	Önlisans	Lise	1,00125	,66818	,441
		Lisans	-,35351	,46807	,874
		Yüksek Lisans	-2,36184*	,74551	,010
	Lisans	Lise	1,35476	,68720	,203
		Önlisans	,35351	,46807	,874
		Yüksek Lisans	-2,00833*	,76260	,045
	Yüksek Lisans	Lise	3,36310*	,89941	,001
		Önlisans	2,36184*	,74551	,010
		Lisans	2,00833*	,76260	,045

Post Hoc testlerinden Tuket testine göre yüksek lisans mezunu sağlık personelinin personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algısı, diğer sağlık personeline göre daha yüksektir. Eğitim seviyesi yükseldikçe toplam kalite yönetimi alt boyutu olan personel ilişkileri algısı da yükselmektedir. şahin (2001) alışmasında eğitim seviyesinin yükselmesinin toplam kalite yönetimi algısının artmasında önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Zerenler ve öğüt (2007) alışmalarında eğitim faktörünün toplam kalite yönetimi üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Medeni durum ve toplam kalite yönetimi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri algıları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline medeni durumuna bağlı olarak mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algıları farklılık göstermemektedir. Sağlık personelinin medeni durumu toplam kalite yönetimi algılamasında farklılık yaratmamaktadır. Bekaroğlu (2005) alışmasında toplam kalite yönetimi algısının medeni duruma göre farklılaşmadığını belirtmiştir.

ocuk sayısı ve toplam kalite yönetimi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri algıları ile ocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline ocuk sayısına bağlı olarak mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algıları farklılık göstermemektedir. Literatürde daha önce yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Meslekteki yıl ve toplam kalite yönetimi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri algıları ile meslekteki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline meslekteki yılına bağlı olarak mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algıları farklılık göstermemektedir. Bekaroğlu (2005) alışmasında çalışan yıl ile toplam kalite yönetimi arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir.

Mesleği severek yapma ve toplam kalite yönetimi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri algıları ile mesleği severek yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline mesleği severek yapma bağlı olarak mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algıları farklılık göstermemektedir. Şahin (2001) çalışmasında mesleği isteyerek seçen ve mesleğin gerekliliklerini yerine getiren çalışanların toplam kalite yönetimi algılarının daha yüksek olacağını belirtmiştir.

Çalışma şekli ve toplam kalite yönetimi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri algıları ile çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline çalışma şekline bağlı olarak mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algıları farklılık göstermemektedir. Şahin (2001) çalışmasında çalışanların verimli çalışmaları adına uygun çalışma şeklinin ayarlanmasının aynı zamanda toplam kalite yönetimi algısını arttıracığını belirtmiştir.

Daha önce çalışılan bölge ve toplam kalite yönetimi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri algıları ile daha önce çalışılan bölge arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personelinin daha önce çalıştığı bölgeye bağlı olarak mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algıları farklılık göstermemektedir. Bu konuda daha önce yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

5.9.5. Sağlık Kurumlarında İletişim, Toplam Kalite Yönetimi ve Şiddet İlişkisi Korelasyon Testi

Şiddet olaylarının ve iletişimin toplam kalite yönetimi mevcut uygulama boyutuna etkisi incelendiğinde, katsayıların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre fiziksel şiddet ve sözel şiddet olayları, toplam

kalite yönetimi mevcut çalışmalarını negatif yönde etkilerken, iletişim becerileri toplam kalite yönetimi mevcut çalışmalarını pozitif yönde etkilemektedir.

Tablo 23. Sağlık Kurumlarında İletişim, Toplam Kalite Yönetimi ve Şiddet İlişkisi Korelasyon Testi

			İletişim Becerileri			Toplam Kalite Yönetimi		
			Zihinsel	Duygusal	Davranışsal	Mevcut Uygulama	Liderlik Yönetimi	Personel İlişkileri
Toplam Kalite Yönetimi	Mevcut Uygulama	r	,075	,068	,005			
		p	,000	,000	,000			
		n	173	173	173			
	Liderlik Yönetimi	r	,023	,070	,063			
		p	,000	,000	,000			
		n	173	173	173			
Personel İlişkileri	r	,050	,130	,023				
	p	,000	,000	,000				
	n	173	173	173				
Şiddete Uğrama	r	-,080	-,130	-,023	-,720	-,124	-,032	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	n	173	173	173	173	173	173	

Şiddet olaylarının ve iletişimin toplam kalite yönetimi liderlik yönetimi boyutuna etkisi incelendiğinde, katsayıların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Buna göre fiziksel şiddet ve sözel şiddet olayları, toplam kalite yönetimi liderlik yönetimini negatif yönde etkilerken, iletişim becerileri toplam kalite yönetimi liderlik yönetimini pozitif yönde etkilemektedir.

Şiddet olaylarının ve iletişimin toplam kalite yönetimi personel ilişkileri boyutuna etkisi incelendiğinde, katsayıların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Buna göre fiziksel şiddet ve sözel şiddet olayları, toplam kalite yönetimi personel ilişkilerini negatif yönde etkilerken, iletişim becerileri toplam kalite yönetimi personel ilişkilerini pozitif yönde etkilemektedir.

Toplam kalite yönetiminin üç alt boyut ile şiddet ve iletişim becerileri algıları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Fiziksel şiddet ve sözel şiddet olayları, toplam kalite yönetimi algısını negatif yönde etkilerken, iletişim becerileri toplam kalite

yönetimi algısını pozitif yönde etkilemektedir. Tutuk ve Doğan (2002) alışmasında iletişim becerilerinin kalite algısını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Kumcağız vd. (2011) alışmasında hemşireler arasındaki güçlü iletişim becerilerinin kalite algısını olumlu yönde etkileyeceğini tespit etmiştir. Annagür (2010) alışmasında şiddet olaylarının kalite algısını düşürdüğünü tespit etmiştir. akır vd. (2014) alışmasında iş ortamında meydana gelen şiddet olaylarının kalite algısını düşürdüğünü belirtmiştir. Benzer şekilde çöl (2007) alışmasında işyerinde meydana gelen sözel şiddet olaylarının kalite algısı üzerinde negatif etki yarattığını belirtmiştir.





SONUÇ

Sağlık sektöründe toplam kalite uygulamaları, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve hasta memnuniyetinin sağlanması açısından önemlidir. Bununla beraber toplam kalite yönetimi üzerinde etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Toplam kalite yönetimin artırılmasında bu faktörlerin göz önünde bulundurulması önem taşımaktadır. Bu araştırmada sağlık personelinin yaşadığı şiddet olayları ve sağlık personelinin iletişim becerilerinin toplam kalite yönetimi üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Sağlık sektöründe şiddet olayları sürekli olarak yaşanmakta ve sağlık çalışanlarının performanslarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum çalışanların kalite algıları üzerinde de olumsuz etkilere sahiptir. Bununla beraber sağlık çalışanlarının güçlü iletişim becerilerine sahip olmaları, kalite algılarını olumlu yönde etkilemektedir. Literatürde toplam kalite yönetimi algısı ile iletişim becerileri ve şiddet olayları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum çalışmanın önemini arttırmaktadır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar: sağlık kurumlarında çalışanların iletişim ve toplam kalite yönetim algıları ile şiddete maruz kalma ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yürütülen bir kamu hastanesinde yapılan alan çalışmasıdır. Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %6,9'u 18-20 yaş, %17,3'ü 21-30 yaş, %49,1'i 31-40 yaş ve %26,6'sı 41 yaş üzerindedir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %75,1'i kadın ve %24,9'u erkektir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %12,1'i ortaöğretim, %43,9'u önlisans, %34,7'si lisans ve %9,2'si yüksek lisans mezunudur. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %20,2'si evli, %79,8'i bekarıdır. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %28,3'ünün çocuğu yoktur. %45,7'sinin 1 çocuğu, %17,3'ünün 2 çocuğu ve %8,6'sının 3 ve üzeri çocuğu vardır. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %19,7'si 5 yıldan az, %19,7'si 6-10 yıl, %17,3'ü 11-15 yıl, %23,1'i 16-20 yıl ve %20,2'si 20 yıl ve üzeri zamandır aynı meslekte çalışmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %73,4'ü mesleğini severek yaparken, %26,6'sı mesleğini severek

yapmamaktadır. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %32,9'u devamlı gündüz şeklinde, %57,8'i nöbet usulü, %5,2'i icapçı, %4,1'i vardiya/aylık rotasyon şeklinde çalışmaktadır.

Sağlık personelinin iletişim becerileri algıları incelendiğinde olumlu yargıların ortalama puanlarının 4'ün altında ve olumsuz yargıların ortalama puanlarının 2'in altında olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık personelinin ortalama bir iletişim becerisi algısına sahip olduğunu göstermektedir.

Yaş, cinsiyet, meslekteki yıl, mesleği severek yapma durumu ve çalışma şekli ile iletişim becerileri algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, iletişim becerileri alt boyutları olan zihinsel, duygusal ve davranışsal algıları ile yaş, cinsiyet, meslekteki yıl, mesleği severek yapma durumu ve çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline yaşına, cinsiyetine, meslekteki yılına, mesleği severek yapma durumuna ve çalışma şekline bağlı olarak zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerileri algıları farklılık göstermemektedir. Ergül (2013) çalışmasında sağlıkta iletişimde yaşın önemli bir faktör olmadığını belirtmiştir. Benzer şekilde Kumcağız vd. (2011) çalışmasında yaşa, hizmet yılına, mesleği isteyerek seçme durumuna ve çalışma şeklinde bağlı olarak hemşirelerin iletişim becerilerinin değişmediğini tespit etmiştir. Avcı ve Sönmez (2013) çalışmalarında kişilerin sağlık iletişimlerinde cinsiyetin önemli bir faktör olmadığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Bakan ve Büyükbeşe (2004) çalışmalarında örgütte çalışma yılının iletişim becerileri ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Babadağlı vd. (2006) çalışmalarında mesleği isteyerek seçen veya seçmeyen sağlık personelinin mesleğin gerekliliklerini yerine getirme algılarının farklılaşmadığını belirtmiştir.

Öğrenim durumu ve iletişim becerileri alt boyutu olan zihinsel iletişim becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre yüksek lisans mezunu sağlık personelinin zihinsel iletişim becerileri algısı, diğer sağlık personeline göre daha yüksektir. Eğitim durumun yüksek olması zihinsel iletişim becerileri üzerinde olumlu etki yaratmaktadır. Eğitim, bireylerin iletişim becerilerinin güçlenmesi adına önemli bir faktördür. Gerek mesleki eğitim gerekse de hizmet içi eğitim sağlık personelinin iletişim becerilerini güçlendirmek adına önemlidir.

Kumcağız vd. (2011) çalışmalarında hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça davranışsal iletişim becerilerinin güçlendiği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Tija vd. (2009) çalışmalarında iletişim becerilerinin eğitimle güçlendiğini tespit etmişlerdir. Tutuk ve Doğan (2002) çalışmalarında ise eğitimin iletişim becerilerinin yükseltilmesinde önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir.

Medeni durum ve iletişim becerileri alt boyutu olan zihinsel iletişim becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre evli sağlık personelinin zihinsel iletişim becerileri algısı, diğer sağlık personeline göre daha yüksektir. Evli bireylerin ailelerinde üstlenmiş oldukları sorumluluklar ve aile içi iletişimin etkisi, zihinsel iletişim üzerinde olumlu etki yaratıyor olabilir. Kumcağız vd. (2011) çalışmalarında hemşirelerin medeni durumlarına göre iletişim becerilerinin değişmediğini tespit etmiştir. Benzer şekilde Ayrancı vd. (2002) çalışmalarında iletişim becerilerinde medeni durumun etkili olmadığını belirtmiştir.

Çocuk sayısı ve iletişim becerileri alt boyutu olan zihinsel iletişim becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre 3 ve üzeri çocuğu olan sağlık personelinin zihinsel iletişim becerileri algısı, diğer sağlık personeline göre daha yüksektir. Çocuk sayısı arttıkça zihinsel iletişim becerisi artmaktadır. Çocuğu olmayan sağlık personelinin zihinsel iletişim becerisi algısı en düşüktür. Kumcağız vd. (2011) çalışmalarında hemşirelerin çocuk durumlarına göre iletişim becerilerinin değişmediğini tespit etmiştir. Ergül (2013) çalışmasında ise etkili iletişime sahip olanların genellikle kalabalık aile ve çevreden geldiklerini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %7,5'i erkek tarafından fiziksel şiddete uğrarken, %1,7'si kadın ve erkeğin aynı anda uyguladığı fiziksel saldırıya maruz kalmıştır. Sağlık personelinin %41,6'sı erkek tarafından sözel saldırıya uğrarken, %31,8'i kadın ve erkeğin farklı zamanlarda uyguladığı sözel saldırıya maruz kalmıştır. Sağlık personelinin %37,8'i erkek tarafından yapılan hakarete maruz kalmışken, %16,6'sı kadın ve erkeğin farklı zamanlarda uyguladığı hakarete maruz kalmıştır. Sağlık personelinin %8,7'si erkek tarafından yapılan küfüre maruz kalmışken, %2,3'ü kadın ve erkeğin farklı zamanlarda uyguladığı küfüre maruz kalmıştır. Sağlık personelinin %44,5'i erkek tarafından yapılan aşağılamaya maruz kalmışken, %26'sı

kadın ve erkeğin farklı zamanlarda uyguladığı aşığılamaya maruz kalmıştır. Sağlık personeli içinde 1 kişi cinsel tacize uğramıştır. Cinsel tacize uğrayan kişi bir kadındır ve cinsel taciz uygulayıcısı bir erkektir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %7,5'i hasta yakınının uyguladığı fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Sağlık personelinin %54,9'u hasta ve hasta yakınının beraber uyguladığı sözel saldırıya maruz kalmıştır. Ayrıca %3,5'i iş arkadaşı tarafından uygulanan sözel saldırıya maruz kalmıştır. Yapılan araştırmada yalnızca 1 sağlık personeli cinsel tacize maruz kalmıştır. Cinsel taciz mağduru olan sağlık personeli bir kadındır ve cinsel taciz iş arkadaşı tarafından uygulanmıştır. Annagür (2010) çalışmasında sağlık sektöründe çalışanların en fazla fiziksel ve sözel saldırılara maruz kaldıklarını belirtmiştir. Çakır vd. (2014) çalışmasında kadına yönelik şiddetin tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de önemli bir yere sahip olduğunu belirtmiştir. Çöl (2007) çalışmasında kadına yönelik şiddetin önemli bir problem olduğunu ve çalışma hayatını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

Araştırma katılan sağlık personelinin toplam kalite yönetimi algısına ilişkin bulgular incelendiğinde, toplam kalite yönetimi algısına ilişkin yarguların ortalama puanlarının 2,5 ile 3,5 arasında değiştiği görülmektedir. Bu durum sağlık personelinin toplam kalite yönetimi algısının ortalama düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, meslekteki yıl, mesleği severek yapma durumu ve çalışma şekli ile toplam kalite yönetimi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri algıları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, meslekteki yıl, mesleği severek yapma durumu ve çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık personeline yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, çocuk sayısına, meslekteki yılına, mesleği severek yapma durumuna ve çalışma şekline bağlı olarak mevcut uygulama, liderlik yönetimi ve personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algıları farklılık göstermemektedir. Bekaroğlu (2005) çalışmasında toplam kalite yönetimi algılarının çalışanların yaşına, medeni durumuna ve çalışma yılına göre farklılaşmadığını belirtmiştir. Seren ve Baykal (2007) çalışmalarında toplam kalite yönetimi algısının cinsiyete göre farklılaşmadığını tespit etmiştir. Bunun gibi anlamsız olan ilişkilerin AVRUPA 'da

HIMSS 7 Ödülüne layık görülmüş olan hastanede çalışılmış olmasının da anlamlı bir payı vardır. Şahin (2001) çalışmasında mesleği isteyerek seçen ve mesleğin gerekliliklerini yerine getiren çalışanların toplam kalite yönetimi algılarının daha yüksek olacağını belirtmiştir. Ayrıca çalışanların verimli çalışmaları adına uygun çalışma şeklinin ayarlanmasının aynı zamanda toplam kalite yönetimi algısını arttıracığını belirtmiştir.

Öğrenim durumu ve toplam kalite yönetimi alt boyutu olan personel ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Yüksek lisans mezunu sağlık personelinin personel ilişkileri toplam kalite yönetimi algısı, diğer sağlık personeline göre daha yüksektir. Eğitim seviyesi yükseldikçe toplam kalite yönetimi alt boyutu olan personel ilişkileri algısı da yükselmektedir. Eğitim, çalışanların toplam kalite yönetimine ilişkin algılarını olumlu yönde etkilemektedir. Yüksek lisans eğitimi almış olan bireylerin toplam kalite yönetimi algıları diğerlerine göre daha yüksektir. Şahin (2001) çalışmasında eğitim seviyesinin yükselmesinin toplam kalite yönetimi algısının artmasında önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Zerenler ve Öğüt (2007) çalışmalarında eğitim faktörünün toplam kalite yönetimi üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Şiddet olaylarının kalite yönetimine etkisi incelendiğinde, katsayıların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre fiziksel şiddet ve sözel şiddet olayları, toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut çalışmalar, liderlik yönetimi ve personel ilişkilerini negatif yönde etkilemektedir. Annagür (2010) çalışmasında şiddet olaylarının kalite algısını düşürdüğünü tespit etmiştir. Çöl (2007) çalışmasında işyerinde meydana gelen sözel şiddet olaylarının kalite algısı üzerinde negatif etki yarattığını belirtmiştir. Çakır vd. (2014) çalışmasında iş ortamında meydana gelen şiddet olaylarının kalite algısını düşürdüğünü belirtmiştir.

İletişim becerilerinin toplam kalite yönetimine etkisi incelendiğinde, katsayıların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre iletişim becerileri toplam kalite yönetimi alt boyutları olan mevcut çalışmalar, liderlik yönetimi ve personel ilişkilerini pozitif yönde etkilemektedir. Tutuk ve Doğan (2002) çalışmasında iletişim becerilerinin kalite algısını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir.

Kumcağız vd. (2011) çalışmasında hemşireler arasındaki güçlü iletişim becerilerinin kalite algısını olumlu yönde etkileyeceğini tespit etmiştir.

Sonuç olarak sağlık kurumlarında etkinlik için toplam kalite yönetimi çalışmalarında iletişimin ve şiddet olaylarının önemli faktörler olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kurumlarında iletişim becerilerinin yüksek olması, toplam kalite yönetimi çalışmalarını olumlu yönde etkilemektedir. Bununla beraber sağlık personelinin şiddet olaylarına maruz kalmaları toplam kalite yönetimi çalışmalarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırma kapsamında öneriler şu şekildedir:

- Sağlık personelinin iletişim becerilerinin güçlendirilmesi adına hizmet içi eğitimlere önem verilmelidir.
- Sağlık kuruluşlarında toplam kalite yönetimi uygulamalarına önem verilmeli ve tüm sağlık personeli bu uygulamalara dahil olmalıdır.
- Sağlıkta şiddetin önüne geçilmesi için toplumsal farkındalığın artırılması önemlidir. Bu konuda özellikle medya aracılığıyla şiddet olaylarının önlenmesine yönelik kamuoyu oluşturulabilir.
- Periyodik olarak her kademedeki personelin seviyelerine göre her alandaki kurum içi eğitime iştirakini sağlayabilir.
- Eğitim Sorumlusunun ulusal ve uluslararası akredite olmasını sağlayıp, hizmet içi eğitimlerden gelişim ve değişimlerinden kurumu haberdar edebilir.

KAYNAKÇA

- Akbayrak, n. (1999). "Kalite Ve Hemşirelik", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 34-42,
- Annagür, B. (2010). "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri", *Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, Cilt 2, Sayı 2, 161-173.
- Avcı, İ. B., Sönmez, M. H., (2013). "Sağlık İletişimi Bağlamında Bireylerin Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Alışkanlıkları ve Motivasyonları: Elazığ Örneği", *Gümüşhane Üniversitesi, İletişim Fakültesi Dergisi*, C. 2, S. 2, E-dergi, Gümüşhane.
- Ayhan, B., Canöz. K. (2006). "Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri." *II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu*, Kocaeli.
- Ayrancı, Ü., ve diğ. (2002). "The Frequency Of Being Exposed To Violence İn The Various Health Institutions And Health Profession Groups". *Journal Of Anatolian Psychiatry*, Cilt 3, Sayı 3, 147-154.
- Babadağlı B, Ekiz Erim S, Erdoğan S. (2006). "Hekimlerin ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi". *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 1: 58-68.
- Bakan, İ., Büyükbeşe, T. (2004) "Örgütsel İletişim İle İş Tatmini Unsurları Arasındaki İlişkiler: Akademik Örgütler İçin Bir Alan Araştırması", *Akdeniz İİB.F. Dergisi*, 2004, 4, s. 1- 25.
- Bakan, İ., Büyükbeşe, T., Bedestenci. H.Ç. (2004) *Örgüt Kültürü: Teorik ve Ampirik Yaklaşım*, Bursa: Aktüel Yayıncılık, 2004.
- Bekaroğlu, Ş.B. (2005) Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul'daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 9, s. 18-32.
- Bolat, Ç. (1999). *İletişim ve Kişilerarası İlişkiler: Hemşirelikte Kuramsal Yaklaşımlar*, İzmir: Üniversiteliler Ofset.
- Budak, G., Budak, G. (1995). *Halkla İlişkiler-Davranışsal Bir Yaklaşım*, İstanbul: Beta Yayınevi.
- Bülbül, A.R. (2000). *Uluslararası İletişim*, Konya: Damla Ofset,.
- Cooper, L. (2002). Cary. Introduction In: Cary L And Naomi Swanson (Eds), *Workplace Violence İn The Health Sector – State Of The Art*. Who.
- Çakır, Ö., Harcar, T., Sürgevil, O., Budak, G. (2014). Kadına Yönelik Şiddet ve Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu, *Toplum Ve Demokrasi Dergisi*, 2(4).

Çobaneri, A. A. (2013). “Sağlık İletişiminde Korku Ögesinin Kullanımı: Sigara Paketlerinde Kullanılan Sigara Karşıtı Görsellerin Gösterge bilimsel Analizi”, *GÜ, İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, S. 37, E-dergi, Ankara.

Çöl Ö. (2007). “İşyerinde Psikolojik Şiddet Ve Nedenleri”. *İş Güç: Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi*, Cilt 9, Sayı 3, 1-10.

Eren E. (2010). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, İstanbul.

Eren, E. (2003). *Yönetim ve Organizasyon: Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar*. (6.Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım.

Eren, E. (2010). *Yönetim ve Organizasyon*, İstanbul.

Ergül, H. (2013). “Etkili Bir Sağlık İletişimi: Azerbaycan’da Bir Saha Araştırması”, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, C. 28, S. 2, Ankara.

Ersanlı, K. ve Balcı, S. (1998). İletişim Becerileri Envanterinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg*, 10 (2), 7-12.

Fındıkçı, İ. (2002). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, İstanbul.

Gençoğlu, C., Kumcağız, H., Ersanlı, K. (2014). “Ergenlerin Şiddet Eğilimine Etki Eden Ailevi Faktörler”, *Electronic Turkish Studies*, 9(2), 639-652.

Gökmen, C. (2004). “Hastanelerde Kalite Yönetimini Yönetmek”, *Hastane Ve Yaşam Dergisi*, 1(2), 5-11.

Göral, R. (2007). *Büro Yönetimi ve İletişim Teknikleri*, Konya: Yücedemedia Yayınları.

Hawton K. (2005). Sakarovitch C. “Suicide İn Doctors: A Study Of Risk According To Gender Seniority And Specialty İn Medical Practitioners İn England And Wales 1979 – 1995”. *J Epidemiol Community Health*, Cilt 255, Sayı 5,. 296-300.

Hayran O. (1998). “Sağlık hizmetleri”, *Sağlık hizmetleri el kitabı*. (Ed: O. Hayran ve H. Sur). Yüce Yayım, İstanbul, 15-32.

Himss Türkiye, <http://himssturkiye.com/tr/anasayfa/#himss-hakkinda>, erişim tarihi: 07.06.2017.

ILO (2002), Ilo Nursing Personnel Convention No.149, International Labour Office, Geneva, 1-22.

Karasar, n. (2005). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme*, Ankara, Pelikan Yayınları.

Keskin, A., Keskin B. (2005) *Eğitimde toplam kalite- okul yönetiminin kalite arayışı*, Samsun: Deniz Kültür Yayınları.

Kıngır, S. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara.

Koçak, A., Bulduklu, Y., (2010). “Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları”, *Selçuk İletişim Dergisi*, C. 6, S. 3, Konya.

Köknel, Ö. (2006). *Bireysel Ve Toplumsal Şiddet*,. İstanbul: Altın Kitapları 2006.

Kumcağız, H., Yılmaz, M., Çelik, S. B., Avcı, İ. A. (2011). “Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği”, *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1).

Parlak, S. (2004). *İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi*. Bursa: Ekin Kitabevi.

Press, I. (2002). *Patient Satisfaction: Defining, Measuring, And Improving the Experience of Care*, Chicago, Health Administration Pres.

Robbins, S. (2005). *Organizational Behavior*, New Jersey: Prentice Hall.

Sabuncuoğlu, Z., Tüz, M. (2008). *Örgütsel Psikoloji*, Bursa.

Sağkal, T., Kalkım, A., Uğurlu, E. S., Kırmızılar, n. E. (2014). “Gebelerin Eşi Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddetle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(5), 381-390

Savrun, M. (2000). Şiddetin Nörobiyolojisi. Ruhi Yavuz Ve Nevzat Tarhan (Ed.), *Biyolojik, Sosyolojik, Psikolojik Açından Şiddet İçinde* (3-15), İstanbul: Yüce Yayınlan 2000.

Say, G. n., Müjdecı, M. (2016). “Oksitosin ve Psikiyatrik Bozukluklar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 102-113.

Seçim, H., Coşkun, S. (1996). *Halkla İlişkiler*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi.

Seren, Ş., Baykal, Ü. (2007). “Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Örgüt Kültürü Ve Değişime Karşı Tutumun İncelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 1-11.

Şahin, Ü. (2001). “Ülkemiz Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Sorunlar Ve Öneriler”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 5(4), 6-10.

Şahin,T., Bakıcı,K., Bilban,H., Dinçer,S., Yurtçu,Ş., Günel,E. (2005). “Meram Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması”, *Genel Tıp Dergisi*, S.15, C.4.

Şişman, M. (2002). *Örgütler ve Kültürler*, Ankara: Pegem A Yayıncılık.

TBMM (2014). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, Sıra Sayısı, 465.

Tengilimoğlu, D., Öztürk, Y. (2004). *İşletmelerde Halkla İlişkiler*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Tjia J, Kathleen M, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz J. (2009). "Nurse-physician communication in the long-term care setting: Perceived barriers and impact on patient safety". *J Patient Safety*: 145-152

Turan, M. (2011). Toplam Kalite Yönetiminin Çalışanların Bilgi Paylaşımı Üzerine Etkileri: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Tutar, H. (2004). *İş Yerinde Psikolojik Şiddet*, 1.Baskı, İstanbul: Platin Yayınları.

Tutar, H. (2007). "“Erzurum’da Devlet ve Özel Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin İşlem Adaleti”, İş Tatmini Ve Duygusal Bağlılık Durumlarının İncelenmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi*, C.12, S.3, 97-120.

Tutuk A, Doğan S. (2002). "Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi." *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 6: 36-41.

Türkiye Kalite Derneği, <http://www.kalder.org/kalderhakkinda.aspx?id=6>, erişim tarihi: 15.03.2017.

Yaman, Y. (2013). *Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektörü*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yavuz T. (2008). Örgütsel İletişim Sürecinde Yöneticilerin Duygusal Zeka Yeterlilikleri, Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S. (2004). *Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara, Detay Yayıncılık.

Yıldırım, H. Hüseyin, (2012). *Sağlık İşyeri Ortamında Şiddet: Halkın Şiddet Algısı Ve Değerlendirmeleri*, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

Yüksel, M. (2003). "Modernleşme ve mahremiyet", *Kültür ve İletişim*, 6(1), 2003, s. 75-108.

Zerenler, M., Ögüt, A. (2007). “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18, 501-520.





EKLER

Ek-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket çalışması Üniversitesi Enstitüsü anabilim dalında danışmanlığında yürütülen, “.....” başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgilidir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel amaçla kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Soruları dikkatlice okuyup cevaplamanız, şıkları eksiksizce doldurmanız araştırmanın doğruluğu ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmaya göstereceğiniz ilgiden ve ayıracağınız zamandan dolayı şimdiden teşekkür ederiz. Saygılarımızla.

BÖLÜM I - KİŞİSEL BİLGİLER

1)Yaşınız?

a)18-20 b)21-30 c)31-40 d)41-50 e)50-(+)

2)Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

3)Öğrenim Durumunuz?

a) Lise b)Ön Lisans c)Lisans(Üniversite) d)Yüksek Lisans (BilimUzmanlığı)

4)Medeni durumunuz?

a)Bekar b)Evli c)Boşanmış

5)Çocuk sayınız?

a) 1 b)2 c)3 d)4-(+)

6)Meslekte kaçınıcı yılınız?

a)0-5 b)6-10 c)11-15 d)16-20 e)20-(+)

7)Mesleğinizi severek mi yapıyorsunuz?

a)Evet b)Hayır

8)Çalışma şekliniz?

a)Devamlı Gündüz b)Nöbet Şeklinde c)İcacı d)Vardiya e)Aylık Rotasyon

9)Daha önce hangi bölgelerde, hangi yaşlar, hangi yıl aralıklarında kaldınız?

Ege Bölgesi Yıllar	Yaşlar	Marmara Bölgesi Yıllar	Yaşlar	Akdeniz Bölgesi Yıllar	Yaşlar	Karadeniz Bölgesi Yıllar	Yaşlar	İç Anadolu Bölgesi Yıllar	Yaşlar	Doğu Anadolu Bölgesi Yıllar	Yaşlar	Güney Doğu Anadolu Bölgesi Yıllar	Yaşlar
a)0-5		a)0-5		a)0-5		a)0-5		a)0-5		a)0-5		a)0-5	
b)6-10		b)6-10		b)6-10		b)6-10		b)6-10		b)6-10		b)6-10	
c)11-15		c)11-15		c)11-15		c)11-15		c)11-15		c)11-15		c)11-15	
d)16-20		d)16-20		d)16-20		d)16-20		d)16-20		d)16-20		d)16-20	
e)20-(+)		e)20-(+)		e)20-(+)		e)20-(+)		e)20-(+)		e)20-(+)		e)20-(+)	



BÖLÜM II - ŞİDDET

1.İşyerinizde son 12 ay içinde hangi tür şiddete kim tarafından maruz kaldığınıza dair aşağıda bir tablo bulunmaktadır. *Lütfen uygun maddeleri işaretleyiniz.*

	Hasta	Hasta yakını	İş arkadaşı	Yönetici	Diğer, Lütfen belirtiniz: ...
Fiziksel şiddet					
Sözel saldırı					
Mobbing					
Cinsel taciz					

2.İşyerinizde son 12 ay içinde hangi tür şiddete hangi cinsiyet grubundan maruz kaldığınıza dair aşağıda bir tablo bulunmaktadır. *Lütfen uygun maddeleri işaretleyiniz.*

	Kadın	Erkek	Kadın ve erkek-aynı anda	Kadın ve erkek-farklı zamanda	Diğer, Lütfen belirtiniz: ...
Fiziksel şiddet					
Sözel saldırı					
Hakaret					
Küfür					
Aşağılama					
Mobbing					
Cinsel taciz					

BÖLÜM III - İLETİŞİM BECERİLERİ ENVANTERİ

Açıklama: Aşağıda insan ilişkileriyle ilgili tutum ve davranış ifadeleri bulunmaktadır. **Genel olarak insanlarla iletişim kurarken nasıl davrandığınızı, neler düşündüğünüzü ve neler hissettiğinizi anlatan aşağıdaki ifadelerin** size uygunluk derecesini belirtmeniz istenmektedir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler, “**Tam Benim Gibi (A), Biraz Benim Gibi (B), Kararsızım (C), Benim Gibi Değil (D), Benim Gibi Hiç Değil (E)**” karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin beş seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
1- Hastaları anlamaya çalışırım.					
2- İletişimde bulunduğum hastalardan gelen öğüt ve önerileri içtenlikle dinlerim					
3- Hastalık veya sorunla ilgili düşüncelerimi başkalarına tam olarak iletmede zorluk çekmem.					
4- Konuşurken, etkili bir göz iletişimi kurabilirim.					
5- Dikkatimi hasta ve yakınlarının ilgi alanı üzerinde toplayabilirim.					
6- Kişilerin, anlatmak istediklerini dinlemek için yeterince zaman ayırırım.					
7- Karşımdaki hastaya genellikle söz hakkı vermek istemem.					
8- Karşımdaki kişiyi dinlerken hayal kurarım.					
9- Hastalar konuşurken sabırlı olur, onların sözünü kesmem.					
10- Hastaları dinlerken sıkıldığımı hissederim.					
11 -Öneri ve eleştirilerimi karşımdaki kişiyi incitmeden iletirim.					
12- Konuşurken ilk adımı atmaktan çekinmem.					
13- Konuşurken açık, sade ve düzgün cümleler kurarım. Hasta ve yakınlarının anlamasını beklerim.					

14- Karşımdaki kişiyle aynı görüşü paylaşmazsam bile fikirlerine saygı duyarım					
15- İletişimde bulunduğum kişinin yüzüne baktığı halde sözlerini dinlemediğim olur.					
16- Karşımdaki kişinin anlamaya ve dinlenmeye istekli olup olmadığını anlamaya çalışırım.					
17- Yanlış tutum ve davranışlarımı kolaylıkla kabul ederim.					
18- Dinlediğim kişiyi daha iyi anlamak için sorular yöneltirim.					
19- Dinleyenim anlamaz görüldüğünde, iletmek istediklerimi tekrarlar, yeni kelimelerle ifade eder, özetlerim.					
20- onlarla görüşürken, bilerek onları rahatlatacak şeyler yaparım.					
21- Dinlerken, karşımdaki kişinin sözünü kesmemeye özen gösteririm.					
22- Hasta ile ilgili bilgi aktarmak istediğimde küs olduğum birisine ilk adımı atmaktan çekinmem.					
23- Karşımdaki kişinin duygu ve düşünceleri bana ters düşse bile yargılamam.					
24- Ses tonumu konunun özelliğine göre ayarlayabilirim.					
25-Genellikle insanlara güvenirim.					
26- İletişim kurduğum kişinin karşı cinsten olmasından rahatsızlık duymam.					
27- İletişim içerisinde olduğum kişileri dinlemek mecburiyetinde olmadığımı düşünürüm.					
28-Hastaları dinlemek mecburiyetinde olmadığımı düşünürüm.					
29- İşle ilgili hata yaptığımda özür dilemek bana zor gelir.					
30- Anlatım sonunda, savunduğum düşüncelerin yanlış olduğunu kabul edebilirim.					
31- Hastalık, teşhis, sistem ve iş aktarımı ile konuşurken sözümün kesilmesinden rahatsız olurum.					
32- Doğru anlayıp anlamadığımı kontrol etmeye çalışırım.					

33- İletişim kurduğum kişinin tutumundan daha çok sorununu anlamaya çalışırım.					
34- Çevremdekiler, hastalara karşı ilgisiz kaldığım kanısındalar.					
35- Çoğunlukla duygularımdan emin olamıyorum.					
36- İletişim kurduğum hasta veya yakını tarafından bir defada anlaşılmaktan mutluluk duyarım.					
37 -Hasta veya yakınları ile ilişkilerimi bozacak çıkışlar yapabilirim.					
38- Karşımdaki kişiye güvenmek beni mutlu eder.					
39- Her hastayı olumlu beklentilerle karşılarım.					
40- İletişim kurduğum kimselere bir şeyler verdiğimi hissedirim.					
41- İletişim içinde bulunduğum insanlara cevaplamada zorlanacakları ani sorular yöneltmem.					
42- Beni rahatsız eden duygularımı iletmekte sıkıntı çekmem.					
43- Öneride bulunduğum kişinin öneriye açık olup olmadığına dikkat ederim.					
44- İletişim kurduğum hastalar tarafından anlaşıldığımı hissedirim.					
45- Kendimi karşımdaki hastanın yerine koyarak, duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışırım.					

BÖLÜM IV - ÇALIŞANLARIN TOPLAM KALİTE ÇALIŞMALARINA İLİŞKİN ALGISI

Aşağıdaki soruları kesinlikle katılmıyorumdan kesinlikle katılıyorum ölçeğine göre cevaplayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Toplam Kalite Yönetimi- Mevcut Uygulama					
Hastane yönetimi ve her kademedeki yönetici hastanenin kalite performansından hangi ölçüde sorumlu olduğunu bilir.					
Hastane yönetimi ve her kademedeki yönetici hastanenin kalite geliştirme sürecine katılır.					
Hastane yönetimi ve her kademedeki yönetici hastanenin kalite geliştirme sürecini destekler.					
Hastane yönetimi ve her kademedeki yönetici hastanenin kalite performansı konusundaki kendi sorumluluğunu kabullenmiştir.					
Hastane yönetimi ve her kademedeki yönetici birbirlerinin hastanenin kalite performansı konusundaki sorumluluğunu kabullenmiştir.					
Liderlik Yönetimi					
Hastanenin kalite hedefleri belirlenmiştir.					
Hastanenin kalite hedefleri konusunda tüm personel bilgilendirilmiştir.					
Hastanede hasta güvenliğine ilişkin gerekli önlemler alınmıştır.					
Hastane genelinde kullanılan tüm formlar standardize edilmiştir.					
Hastane genelindeki tüm uygulamalar standardize edilmiştir.					
Personel İlişkileri					
Hastanede yöneticiler ve personelin birbiriyle rakipleri hakkında bilgi paylaşımı oldukça yaygındır.					
Hastane yönetimi rakipleri hakkında edindiği bilgileri güncellemeye önem verir.					
Hastane yönetimi için müşteri talep ve eğilimlerinin değerlendirilmesi önemlidir.					
Hastane personeli rakip hastanelerle rekabette avantaj sağlayacak bir bilgi bulduğunda, bunu hastane yönetimi ile paylaşır.					

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Aynur BOZKURT SAKALLI

Doğum Yeri ve Tarihi: ÇAL, 01.02.1969

Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lise	Ebelik	Denizli Sağlık Meslek Lisesi	1991
Ön Lisans	Ebelik	Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi	1998
Ön Lisans	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi	2007
Lisans	Ebelik	19 Mayıs Üniversitesi	2011
Yüksek Lisans (Tezsiz)	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim	2014
Yüksek Lisans (Tezli)	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim	2017

İş Deneyimi:

Çalıştığı Yer	Görev	Yıl
ÖDEMİŞ DEVLET HASTANESİ	HEMŞİRELİK	1991 - DEVAM

Yabancı Diller: İngilizce

E-posta: aybozsakalli@hotmail.com

Telefon: 0505 755 95 35

Tarih: 01.08.2017

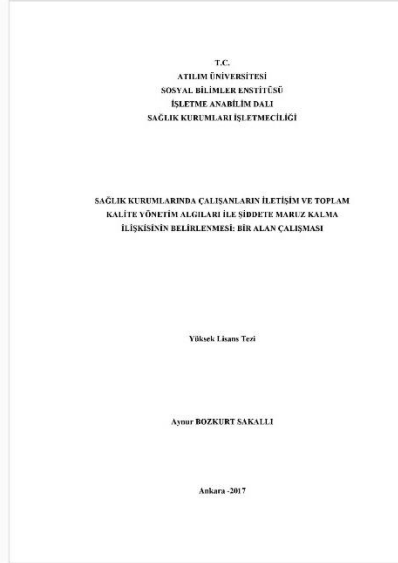


Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Aynur Bozkurt Sakallı
Ödev başlığı: ÖDEV 2
Gönderi Başlığı: Tez
Dosya adı: 10161987.docx
Dosya boyutu: 886.6K
Sayfa sayısı: 114
Kelime sayısı: 20,906
Karakter sayısı: 154,584
Gönderim Tarihi: 23-Ağu-2017 04:08PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 839176748



Copyright 2017 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

Tez

ORIJINALLIK RAPORU

% **17**
BENZERLİK ENDEKSİ

% **13**
İNTERNET
KAYNAKLARI

% **6**
YAYINLAR

% **13**
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ